

«Ingen skal føle at det er vanskeleg å møte oss»

Ein studie om helsepersonell sine erfaringar i møte med personar med vaksineskepsis.

Isabell Holen Rømo



Masteroppgåve

Master i helse og samfunn

Rettleiarar:

Målfrid Råheim, Universitetet i Bergen

Sidsel Ellingsen, Universitetet i Bergen

Forskargruppe: Helsevitskap og erfaringsforskning

Institutt for global helse og samfunnsmedisinske fag

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

2022

Forord

Det er med glede eg leverer masteroppgåva mi som er skrive som avsluttande del av det toårige studiet *Master i Helse og samfunn* ved Universitetet i Bergen. Det å kombinere to fulltidsstudium parallelt har vore både krevjande og lærerikt.

Først og fremst vil eg uttrykke ein hjarteleg takk til mine to rettleiarar; Målfrid Råheim og Sidsel Ellingsen. De har bidratt med fagleg innsikt og motiverande tilbakemeldingar. Eg vil og rette ein stor takk til helsepersonellet som stilte opp som informantar og delte av dyrebar tid og viktige erfaringar. Det resulterte i nyttig kunnskap for denne studien.

Sist, men ikkje minst, vil eg takke familien min og gode venner for oppmuntring gjennom studieløpet.

Bergen, juni 2022

Isabell Holen Rømo



Abstrakt

Bakgrunn: WHO presenterte i 2019 vaksinemotstand som ei av ti globale truslar mot folkehelsa. Trass i at vaksinasjon er ein av dei mest kostnadseffektive tiltaka for å unngå sjukdom, og hindrar millionar av dødsfall, eksisterer det oppfatningar som motarbeider vaksinebruk. Med dagens pågåande Covid-19-pandemi ytrast meiningar om vaksiner, både for og i mot. Dette illustrerer tematikken sin aktualitet, sjølv om vaksinedekkinga i Noreg er god.

Hensikt: Å auke kunnskap om helsepersonell sine erfaringar i møte med vaksineskepsis, og kva dei meiner er den beste måten å møte desse personane på.

Problemstillingane var: 1) Kva erfaringar har helsepersonell i møte med personar som er skeptiske til vaksiner? 2) Kva meiner helsepersonell er konstruktive måtar å møte pasientar og pårørende som er skeptiske til å la seg vaksinere? 3) Kva informasjon meiner helsepersonell er den viktigaste å bidra med i møte med vaksineskepsis?

Metodologisk er studien forankra i den hermeneutiske tradisjonen. Metodisk har studien eit kvalitativt forskingsdesign. To fokusgruppeintervju og eitt supplerande intervju er gjennomført. Til saman 11 deltakarar vart rekrutterte frå tre helsestasjonar, samt frå eit tilhøyrande legekontor, i ulike kommunar. Systematisk tekstkondensering er nytta som analysemetode.

Resultatkategoriane frå analyse av intervjumateriale er: 1) Skepsis av ulikt opphav, 2) Omdømebygging i alt vi gjer, 3) Det faglege i sentrum. Heilt sentralt var å arbeide med omdømebygging ved å formidle oppdatert kunnskap og å ta vare på respekten og tilliten frå brukarane.

Konklusjon: Helsepersonell treng oppdatert kunnskap, tillit til eige helsesystem og respekt for personen sin rett til å ta det endelege valet.

Nøkkelord: *vaksineskepsis, vaksinemotstand, helsepersonellet sitt perspektiv, fokusgruppeintervju, kvalitativ metode*

Abstract

Background: In 2019, the WHO presented vaccine resistance as one of ten global threats to public health. Despite the fact that vaccination is one of the most cost-effective measures to prevent disease and millions of deaths, there are perceptions that oppose vaccine use. With today's ongoing Covid-19 pandemic, opinions are expressed about vaccines, from both sides. This illustrates the topicality of the subject, even though the vaccine coverage in Norway is good.

Aim: To increase knowledge about health professionals' experiences in the face of vaccine hesitancy, and what they think is the best way to meet these people.

Research questions: 1) What experiences do healthcare professionals have in meeting people who are skeptical of vaccines? 2) What do healthcare professionals think are constructive ways of meeting patients and relatives who are skeptical about getting vaccinated? 3) What information do health professionals think is the most important to contribute in the face of vaccine hesitancy.

Methodologically, the study is rooted in the hermeneutic tradition. Methodically, the study has a qualitative research design. Two focus group interviews and one supplementary interview were conducted. A total of 11 participants were recruited from three health stations, as well as from an associated doctor's office, in different municipalities. Systematic text condensation is used as an analysis method.

The result categories from analysis of interview material are: 1) Skepticism of different origins, 2) Reputation building in everything we do, 3) Research-based knowledge in the focus. Central to this was working with building the reputation by disseminating up-to-date knowledge and maintaining the respect and trust of users.

Conclusion: Healthcare professionals need up-to-date knowledge, to trust their own healthcare system and respect for the person's right to make the final choice themselves.

Keywords: vaccine hesitancy, vaccine resistance, healthcare professionals perspective, focus group interview, qualitative method

INNHALDSLISTE

FORORD	I
ABSTRAKT	II
ABSTRACT	III
TABELLAR	VI
1.0 INNLEIING	1
1.1 BAKGRUNN OG GENERELT OM EMNET	1
1.2 AKTUALISERING	2
1.2.1 <i>Vaksineskepsis i dagens samfunn</i>	2
1.2.2 <i>Tidlegare forskning</i>	4
1.3 OPPBYGGING AV OPPGÅVA.....	8
2.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGAR	9
2.1 HENSIKT	9
2.2 PROBLEMSTILLINGAR.....	9
3.0 SENTRALE TEORETISKE OMGREP PÅ OMRÅDET	10
3.1 MYNDIGGJERING OG BRUKARMEDVERKNAD.....	10
3.2 HELSEKOMPETANSE	11
4.0 METODOLOGI OG METODE	12
4.1 METODOLOGISK FORANKRING	12
4.2 VAL AV FORSKINGSDESIGN	13
4.3 UTVAL OG REKRUTTERING AV INFORMANTAR	14
4.3.1 <i>Intervjuguide</i>	15
4.3.2 <i>Pilotintervju</i>	16
4.4 FORSKAREN SI FØRFORSTÅING	16
4.5 DATAINNSAMLING	17
4.5.1 <i>Gjennomføring av intervju</i>	17
4.5.2 <i>Transkripsjon</i>	18
4.6 ANALYSE.....	18
4.6.1 <i>Systematisk tekstkondensering</i>	18
4.7 ETISKE TILLATINGAR OG BETRAKTINGAR	22
5.0 RESULTAT	24
5.1 SKEPSIS AV ULIKT OPPHAV	24
5.1.1 <i>Kultur og ideologi</i>	24
5.1.2 <i>Frykt</i>	26
5.1.3 <i>Grader av skepsis</i>	28
5.1.4 <i>Dilemma</i>	29
5.2 DET FAGLEGE I SENTRUM	30
5.2.1 <i>Informasjon – gode kunnskapskjelder og tilpasse etter behov</i>	30
5.2.2 <i>Oppdatert kunnskap – heilt avgjerande</i>	32
5.2.3 <i>Kommunisere budskapet – sakleg, tydeleg og i fleire kanalar</i>	33
5.3 OMDØMEBYGGING I ALT VI GJER.....	34
5.3.1 <i>Bevare relasjonen</i>	34
5.3.2 <i>Tillit til eige system</i>	36
5.3.3 <i>Tilrettelegging og tryggleik</i>	37
6.0 DISKUSJON	38
6.1 RESULTATDISKUSJON	38
6.1.1 <i>Relasjonen mellom søkjaren og gjevaren av helsetenestene</i>	38
6.1.2 <i>Viktigheita av oppdatert kunnskap og å breie ut informasjonen</i>	41
6.1.3 <i>Å møte vaksineskepsis – ein balansegang</i>	43
6.2 METODEDISKUSJON.....	47
6.2.1 <i>Studien sine styrker og svakheiter</i>	47

6.2.2	<i>Eigne refleksive prosessar undervegs</i>	49
6.2.3	<i>Pålitelegheit</i>	49
6.2.3.1	Systematisk tekstkondensering som analysemetode.....	50
6.2.4	<i>Overføringsverdi</i>	51
7.0	KONKLUSJON OG IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	52
	LITTERATURLISTE	53
	VEDLEGG	57
	VEDLEGG I.....	58
	VEDLEGG II	61
	VEDLEGG III.....	62
	VEDLEGG IV.....	65
	VEDLEGG V	66
	VEDLEGG VI.....	68

Tabellar

Tabell 1: Oversikt over informantane.....	s.15
Tabell 2: Kode, subgruppe, meningsberande eining, kunstig sitat og gullsitat.....	s.21
Tabell 3: Resultatkategoriar og subgupper som vart identifisert i analyseprosessen.....	s.24

1.0 Innleiing

Denne studien handlar om helsepersonell sine erfaringar knytt til vaksineskepsis- og motstand. Som forskar ønskjer eg å gå i djupna på helsepersonell sine erfaringar i møte med personar som uttrykkjer vaksineskepsis- eller motstand. Eg vil sjå nærare på kva helsepersonell meiner er konstruktive måtar å møte pasientar og pårørande på, samt kva informasjon og kunnskap det er viktig at helsepersonell har, og ikkje minst korleis dei formidlar dette. Kva kunnskap meiner helsepersonell dei treng for å vere best mogleg rusta til å møte vaksineskepsis- og motstand?

1.1 Bakgrunn og generelt om emnet

I 2019 presenterte Verdas helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) ei liste over ti truslar mot den globale folkehelsa det komande året (WHO, 2019). Blant truslar som luftforureining og klimaendringar, multiresistente mikrobar og global influensapandemi var og vaksinemotstand lista opp. Vaksinemotstand inneber å motarbeide vaksinebruk og kan ha fleire årsaker (Bjorvatn & Løøv, 2020). Frykt for reelle eller hypotetiske biverknadar er ein viktig årsak. Andre forklaringar kan vere knytt til religion og livssyn, konspirasjonsteoriar og mangelfull vitenskapleg forståing. Fenomenet vaksinemotstand er ikkje nytt, og har eksistert heilt sidan Edward Jenner utvikla den første vaksinen i 1796. Slike haldningar er òg å sjå i Noreg i dag (Bjorvatn & Løøv, 2020).

I følgje WHO (2019) er vaksinasjon ein av dei mest kostnadseffektive tiltaka for å unngå sjukdom. Vaksinasjon hindrar mellom to og tre millionar dødsfall i året, og ytterlegare halvanna million kan verte unngått ved forbetring av global vaksinedekking. Helse- og omsorgsdepartementet (2019a, s. 14) sin handlingsplan for eit betre smittevern seier at det per dags dato er høg oppslutnad om barnevaksinasjonsprogrammet i Noreg. Tal frå 2021 viser eksempelvis at 97 prosent av alle 2-åringar i landet er vaksinerte mot meslingar, kuma og raude hundar, i form av kombinasjonsvaksinen MMR (Folkehelseinstituttet, 2022). Ein føresetnad for betre infeksjonskontroll og godt smittevern i befolkninga er høg vaksinasjonsdekking (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 14). Høg vaksinasjonsdekking er også av betydning i arbeidet mot antibiotikaresistens.

Det er identifisert mangel på kunnskap om kva konkrete tiltak som bidreg til den høge vaksinasjonsdekkinga, og vidare kva som er nødvendig for å halde fram med denne oppslutninga også i framtida (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 14). All vaksinasjon

i Noreg er frivillig (Folkehelseinstituttet, 2021b, s. 51). Kommunen har plikt til å tilby og gjennomføre vaksiner mot smittsame sjukdomar (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, 2009, §2). Personar som vert anbefalt eller ber om vaksine må få tilstrekkeleg informasjon om nytte versus risiko ved vaksiner (Folkehelseinstituttet, 2021a). Dette for å vere i stand til å ta informerte og kunnskapsbaserte val. Jamfør lov om pasient- og brukarrettigheter §3-1 (1999), som gjev pasient eller brukar rett til å medverke til gjennomføring av helse- og omsorgstenester. På bakgrunn av dette har helsepersonell eit ansvar for å sikre at pasient, brukar eller pårørande har fått korrekt informasjon og oppfatning av den.

I rapporten til Feiring et al. (2011, s. 15) kom det fram at ein av fem helsesjukepleiarar og seks prosent av legane sakna informasjon om barnevaksinasjon. Helsesjukepleiarane meinte at ville vore betre rusta i møte med foreldre med skepsis mot tradisjonell skulemedisin og vaksinasjonsprogrammet dersom dei som helsepersonell hadde meir informasjon om det. Eksempel var informasjon om sannsyn for uønskete hendingar, meir informasjon om sjukdommane vaksine beskytta mot og kva forskingsresultat som låg til grunn (Feiring et al., 2011, s. 15). Som sjukepleiar og helsesjukepleiestudent har eg erfart kor viktig vaksinearbeidet er i sjukdomsførebyggjande helsearbeid. Tema har ikkje vorte mindre relevant med dagens koronapandemi, og det er mykje snakk knytt til om du er vaksinert eller ikkje. Det er ikkje alle som kan ta vaksine, av helsemessige årsaker. Det er heller ikkje alle som ønskjer å ta vaksine. Dette gjorde meg nysgjerrig på tema, og eg ønskjer gjennom dette masterprosjektet å få auka kunnskap rundt helsepersonellet si rolle i møte med vaksineskepsis/motstand.

1.2 Aktualisering

I denne delen av oppgåva vil tema sin relevans for dagens samfunn og tidlegare forskning presenterast.

1.2.1 Vaksineskepsis i dagens samfunn

Med dagens pågåande koronapandemi er det mange som ytrar sine meiningar om vaksine i sosiale media. Media presenterer òg mange nyheitssaker som handlar om vaksiner, effekt og biverknadar. Det kan gjerne vere ei utfordring å sortere all denne informasjonen. Det er vist at det er ein samanheng mellom antivaksinasjonspropaganda på sosiale media og vaksineskepsis (Wilson & Wiysonge, 2020). Grupper og enkeltindivid som aktivt arbeider mot bruken av vaksiner er å identifisere i fleire industrialiserte land, særleg i Europa og i

Nord-Amerika (Bjorvatn, 2015, s. 15). Sjølv om vaksinasjonsdekkinga i Noreg framleis er høg, eksisterer slike haldningar her også. Sosioøkonomisk posisjon kan vere med å påverke syn på vaksiner (Folkehelseinstituttet, 2021a). Ein norsk studie der befolkninga sine haldningar til barnevaksinasjonsprogrammet vart sett på, styrkar denne påstanden (Steens et al., 2020). Studien viser til at det totalt sett er høg grad av tillit til vaksinasjon i Noreg. Personar som var arbeidsledige og personar med lågare utdanningsnivå rapporterte å ha minst grad av tillit til barnevaksinasjonsprogrammet. Konklusjonen seier at det velinformerte systemet med lett tilgang til vaksiner i helsestasjon og skulehelsetenester bør halde fram. Kommunikasjon om tryggleik ved barnevaksinasjon kan redusere tvil og styrke tilliten (Steens et al., 2020).

Det er eit paradoks at den store suksessen med vaksine også er den store svakheita (Bjorvatn, 2015, s. 15). Takka vere vaksiner er det mange smittsame sjukdommar, slik som polio, meslingar, kikhoste, difteri, hjernehinnebetennelse og gulsott, som sjeldan rammar oss i Noreg. I denne samanheng vert det naturleg å snakke om flokkimmunitet, som er eit viktig omgrep i samband med vaksinasjon (Steen & Degré, 2020, s. 257). Det å la seg vaksinere har ikkje berre betyding for at ein sjølv unngår smitte, det er og eit bidrag til redusert infeksjonsfare for uvaksinerte eller utsette grupper. Derimot vil ikkje flokkimmunitet oppstå overfor sjukdomar som spreiest frå andre kjelder enn menneske, til dømes stivkrampe (Steen & Degré, 2020, s. 257-258). Årsaka til dette er at bakteriane som kan føre til stivkrampe smittar oss frå jord eller avføring frå menneske eller dyr. Dermed vil ikkje risikoen for uvaksinerte verte mindre sjølv om majoriteten i befolkninga er vaksinerte (Steen & Degré, 2020, s. 258).

Flokkimmunitet vert brukt om det forhold at personar, som ikkje sjølv er vaksinerte mot ein smittsam sjukdom gjennom vaksinasjonsprogrammet, likevel er beskytta ved at mange andre i miljøet rundt er vaksinert (Steen & Degré, 2020, s. 257). Det kan då vere utfordrande å sjå betydinga av vaksiner. Tidlegare var gjerne ubehag og biverknadar i samband med vaksiner enklare å akseptere ettersom sjukdomsrisikoen var stor (Bjorvatn, 2015, s. 15). I fleire vestlege land dekkjer det nasjonale vaksinasjonsprogrammet berre 50-70% av barna, i tillegg til endå lågare dekking i visse grupper av befolkninga (Bjorvatn, 2015, s. 19). For nordmenn er det dermed størst risiko for å verte smitta i utlandet, eller ved besøk av personar med smittsame sjukdommar (Bjorvatn, 2015, s. 19).

1.2.2 Tidlegare forskning

Nedanfor presenterast forskingslitteratur som vart sett på som spesielt relevant for temaet vaksineskepsis. Ein del av artiklane har vorte funne gjennom litteratursøk i helsefaglege databasar som Medline, PubMed, Cinahl og PsychINFO. Her vart følgjande søkeord brukt, i kombinasjon med dei boolske operatorane AND og OR; *vaccine refusal, vaccination, immunization, vaccine hesitancy, vaccine communications, vaccine promotion, information, strategies* og *vaccine scepticism*. Inklusjonskriterium for forskingsartiklane var at dei skulle vere fagfellevurderte, publiserte mellom 2017-2022, og ha skandinavisk eller engelsk språk. Vidare måtte dei vere frå land med overføringsverdi til det norske helsevesenet. Artiklar som handla om vaksineskepsis blant helsepersonell vart ekskluderte. Det vart heller ikkje søkt etter spesifikke vaksiner. Rettleiar har og formidla aktuelle artiklar som har vorte identifiserte gjennom nyheitsbrev frå helsefaglege tidsskrift. Ved søk etter tidlegare forskning om vaksineskepsis er ikkje koronarelatert vaksineskepsis til å kome vekk i frå. Sjølv om verken korona eller pandemirelaterte omgrep vart nytta som søkeord ved databasesøk, så resulterte søka i artiklar med desse omgrepa. I forskingslitteraturen vert det brukt ulike omgrep på vaksineskepsis. Dei inkluderte studiane nedanfor har nytta følgjande omgrep: *vaccine hesitancy, anti-vaccination, vaccine refusal* og *vaccine scepticism*.

Tomljenovic med kollegaer (2020) gjorde ein tverrsnittstudie av kroatisk foreldre sine oppfatningar av vaksinekonspirasjon, og vaksinestatusen til deira barn i forhold til kjensler mot vaksinasjon, optimisme, analytiske og erfaringsmessige intuitive tenkjemåtar, samt fleire sosiodemografiske faktorar. Resultata viste at konspirasjonsteoriar var sett i samanheng med ubehagelege kjensler ovanfor vaksinerer, i tillegg til lågare utdanning. Det at foreldre unngår å vaksinere barna sine er og styrt av påverknadar. Funna tyder på at barnevaksinasjon er eit personleg og kjenslemessig tema. Avgjersler kring å vaksinere eller ikkje baserte seg på kriterium knytt til kjensler (Tomljenovic et al., 2020). Foreldre som har mindre ubehagelege kjensler i samband med vaksinerer, og som stolar meir på intuisjonen, vaksinerer barna sine oftare, viser Tomljenovic et al. (2020). Peretti-Watel med kollegaer (2019) undersøkte også vaksineskepsis, her blant franske småbarnsforeldre, med fokus på to hovudtrekk ved vaksineskepsis: tillit til legar og forpliking til spørsmål om vaksine. Metoden som var nytta var djupneintervju med 25 informantar frå to populasjonar med ulik sosioøkonomisk status. Dei fleste informantane stolte på eigen lege, men det var eit resultat av at dei hadde engasjert seg for å finne ein lege dei kunne stole på.

Når det gjaldt søken etter å finne den rette legen, var det same dilemmaet informantane stod overfor uavhengig av sosioøkonomisk status (Peretti-Watel et al., 2019). Foreldre med høgare sosioøkonomisk status var likevel i stand til å engasjere fleire ressursar, kunne ty til fleire handlingar og viste større helsekompetanse. Dei fleste skilte mellom obligatoriske og anbefalte vaksiner, nye, eller mindre vanlege og vaksiner som vekka mistanke. Eksempelvis var det ein lege som ikkje argumenterte særleg for hepatitt B-vaksine, og dermed ville ikkje foreldra vaksinere barnet sitt med denne. Blant begge gruppene var vaksineskepsis drive av frykt for biverknadar, alt frå alvorlege potensielle biverknadar til mindre dramatiske biverknadar (Peretti-Watel et al., 2019). Frå gruppa med høgare sosioøkonomisk status uttalte mange at vaksiner ikkje hadde ein nytte ettersom den tilsvarande sjukdomen var svært usannsynleg eller “nesten ikkje eksisterande”. Dei var og meir tilbøyelege til å vurdere vaksinasjon som noko ikkje-naturleg, særleg når dei inneheld aluminium eller kvikksølv. Deira fokus var på å prøve å halde seg friske ved å halde avstand frå all slags kjemikalier, og føretrekte “naturlege” løysinga for å styrke barnet sitt immunforsvar. Eit fleirtal av deltakarane brukte internett for å finne informasjon om helseutfordringar generelt og om vaksinasjon. Likevel stolte dei framleis på samtalar ansikt-til-ansikt med personar som var viktige for dei (Peretti-Watel et al., 2019).

DiRusso og Stansberry (2022) utforska i sin kvalitative studie kommunikasjonsprosessen i nettbaserte antivaksinasjonsoppdrag til vaksineskeptikarar. Hensikta med studien var betre å forstå kulturen til vaksineskeptikarar, i tillegg til å identifisere barrierar for kommunikasjon og å tilby praktiske implikasjonar for helsepersonell. Det var undersøkt korleis forkjemparar brukte sosiale medium til å konstruere og forsterke eit trussystem som motseier den forståinga av helse folk flest har. Det vart ofte peika på religiøse ideologiar og tru på kroppen sitt eige immunforsvar for å forsvare avgjerla om gå i mot myndighetene sine vaksinasjonsprogram. Vidare vart vaksiner beskrive som å forstyrre menneske sin “immunitet frå Gud” mot sjukdom, og at det forstyrra kroppen sin naturlege evne til å kjempe mot sjukdom. Eit nøkkeltema i funna er at vaksineskeptikarar var følsame for at det vert gått ut i frå at andre ser på dei som lite utdanna eller at dei manglar informasjon. Dei ser på seg sjølv som ein opplyst minoritet, som helseekspertar, med eit samfunnsansvar for å avsløre faren og urettferda som ligg i vaksiner. Vidare vert det summert opp at helsepersonell kan satse på strategiar som å behandle vaksineskeptikarar som ein del av ei “ekspertgruppe”, framfor å prøve å utdanne dei. Andre nemnde strategiar var å snakke om vaksiner på ein måte som appellerer til deira egne personlege verdiar, slik som å dele informasjon på nettet ved å bruke kjensler for å hindre

feilinformasjon. Grunnleggjande forståing av anti-vaksinasjonskultur kan bidra til å forbetre kommunikasjon som legg vekt på likskapar, delte mål, verdiorienterte budskapar og informasjon innramma med kjensler og forteljingar i sosiale medium (DiRusso & Stransberry, 2022).

Olson og hennar kollegaer (2020) ville gjennom sin systematiske oversikt forsøkje å hjelpe helsepersonell med ein katalog over intervensjonar for kommunikasjon og strategiar for å adressere og hindre at foreldre vert skeptiske til vaksiner på lang sikt. Desse forskarane peikar på at mange studiar har fokusert på å forstå og å definere omgrepet vaksineskepsis. Derimot er det få som har forsøkt å summere opp tidlegare og noverande intervensjonar og strategiar som har vore vellukka eller ikkje i å takle fenomenet. Det vart mellom anna funne at argument mot konspirasjon ikkje var effektive for å auke personen sin intensjon om å vaksinere. For at intervensjonar og kommunikasjonsstrategiar skal lukkast med å førebyggje og handtere vaksineskepsis, kan bodberar vere like viktig som sjølve budskapet var og eit viktig funn. Studiar Olson et al. (2020) byggjer på har vist at foreldre er mottakelege for budskapet berre om dei ser på bodberar som truverdig og påliteleg. Helsepersonell er ei føretrekt kjelde for vaksineinformasjon til foreldre. Det vart anbefalt å starte tidleg og bygge tillit hjå foreldra, allereie i svangerskapet. Det er vidare vist at foreldre ønskjer vaksineinformasjon tilpassa deira behov og deira barn og at informasjonen må appellere til verdiane deira. Dette inneber å forstå historiske erfaringar, religiøse eller politisk tilhøyrsløse og sosioøkonomisk status, seier Olson et al. (2020). Helsepersonell bør vidare presentere vaksinasjon som den sosiale normen, og utvikle opplæringsmateriell for vaksinekompetanse. I følgje Olson et al. (2020) ønskjer foreldre balansert informasjon om både fordelar og ulemper med vaksiner. Bruk av frykt bør unngåast, då dette kan sjå ut til å forsterke vaksineskepsis.

Kerrigan (et al., 2020) undersøkte i likskap med Olson et al. (2020) potensielle intervensjonar med omsyn til foreldre med vaksineskepsis i sin oversiktsartikkel. Trass i at det eksisterer store mengder forskning på vaksinerater, så har pasientar framleis rapportert om ikkje nok informasjon og sikkerheit som dei vanlegaste årsakene til vaksineskepsis. Vidare var det frykt for biverknadar, låg risiko for sjukdom, sosiale normer, effekt, seksuelle bekymringar og mistillit til etablering som var årsaker til vaksineskepsis. Den mest føreslegne intervensjonen var meir forskning, då dei intervensjonane som var få og ikkje hadde gode resultat. Bekymringane til dei som er skeptiske til vaksiner må adresserast, og risiko og fordelar ved kvar vaksinasjon må samanliknast, seier Kerrigan et al. (2020).

I følge Kärki (2021) bør det skje ei endring i perspektivet i den bioetiske diskusjonen av vaksineskepsis. Bioetikk diskuterer ofte vaksineskepsis som eit eksempel på frikøyring på flokkimmuniteten til ein smittsam sjukdom. Det å behandle vaksineskepsis som eit eksempel på gratispassasjer, vil ikkje nødvendigvis føre til effektive intervensjonar. Vaksineskepsis er sjeldan bevisst meint å vere eksempel på frikøyring, og kan heller sjåast på som eit forsøk på å forlate eit offentleg gode i staden for å vere gratispassasjer. Samfunnsvitskapleg tilnærming tyder at årsaka til vaksineskepsis ofte stammar frå tidlegare negative erfaringar i helsetenestene, i tillegg til manglande tillit til helseinstitusjonar, hevdar Kärki (2021). Det å behandle vaksineskeptikarar med respekt vert sett på som viktig, av dette å ta bekymringane til vaksineskeptikarar på alvor. Bekymringane deira kan vere med rette. Det vil og vere ein føresetnad for å auke tilliten til offentleg helsepolitikk. Kärki (2021) fortset med å peike på at media og dei som skal ta avgjersler bør unngå å prate om vaksinasjon frå eit polariserande perspektiv, slik som fokus på pro- og antivaksinering. Mangfaldet bør anerkjennast. Det er behov for fleire studiar på korleis avslag til vaksiner kan effektivt motverkast (Kärki, 2021).

Lockyer med kollegaer (2021) gjennomførte ein kvalitative studie med djupneintervju med 20 personar frå ulike etniske grupper og områder i Bradford, Storbritannia. Målet med studien var å forstå folk sine haldningar til korona, interaksjonane deira med (feil)informasjon under koronapandemien og deira haldningar til ei koronavaksine. Deltakarane hadde møtt eit breitt spekter av feilinformasjon om korona. Dette førte til forvirring, stress og manglande tillit (Lockyer et al., 2021). Vaksineskepsis kunne delast inn i tre hovudfaktorar som inkluderte bekymring om tryggleik, negative historier og personleg kunnskap. Funna i denne studien viste at til meir forvirra og bekymra deltakarane følte om deira sosiale verd under pandemien, til mindre positive var dei til ei vaksine (Lockyer et al., 2021). Vaksineskepsis bør sjåast i samanheng med spreining av feilinformasjon og dei emosjonelle reaksjonane det fører med seg. Vaksinasjonsprogram bør arbeide aktivt for å motseie feilinformasjon.

For å summere opp resultata frå litteratursøk eksisterer det ein del forskning frå foreldre som er skeptiske til vaksiner sin ståstad, i tillegg til forskning i samband med koronavaksinering. Trass i at det dei siste par åra i stor grad har vorte publisert forskingsartiklar knytt til tema vaksineskepsis, peikar forskarar på at det framleis ikkje er tilstrekkeleg kunnskap på dette området. Dei fleste artiklane som er inkluderte har hatt fokus på perspektivet til personar med vaksineskepsis, og ikkje erfaringane til helsepersonell som møter personar med

vaksineskepsis. Målet med denne studien er å bidra med kunnskap i samband med dette kunnskapsholet.

1.3 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva består av sju kapittel der innleiinga utgjer kapittel 1. I kapittel 2 vert hensikt og problemstillingar presentert, i kapittel 3 er det gjort greie for sentrale teoretiske omgrep, og i kapittel 4 metode og metodologi. I kapittel 5 presenterast studien sine funn. Vidare vert funna drøfta i lys av sentrale teoretiske omgrep og tidlegare forskning i kapittel 6. Til slutt vert dei funna frå studien av mest betydning summert opp i kapittel 7.

2.0 Hensikt og problemstillingar

2.1 Hensikt

Hensikta med denne masteroppgåva er å få kunnskap om helsepersonell sine erfaringar i møte med vaksineskepsis/motstand, og kva dei meiner er den best moglege måten å møte desse personane på.

2.2 Problemstillingar

Sett i lys av hensikta vert problemstillingane følgjande:

Kva erfaringar har helsepersonell i møte med personar som er skeptiske til vaksiner?

Kva meiner helsepersonell er konstruktive måtar å møte pasientar og pårørande som er skeptiske til å la seg vaksinere?

Kva informasjon meiner helsepersonell er den viktigaste å bidra med i møte med vaksineskepsis?

3.0 Sentrale teoretiske omgrep på området

I denne delen av oppgåva vert sentrale teoretiske omgrep på området presentert, som vil vere med å danne ei ramme for forståing av tematikken denne studien handlar om. Utgangspunktet for val av teoretiske omgrep er gjort ut i frå funna i eksisterande forskning, som er skrive om i kapittel 1.0 Innleiing. I det følgjande kapittelet vert teori om myndiggjering, brukarmedverknad og helsekompetanse lagt ut.

3.1 Myndiggjering og brukarmedverknad

WHO definerer empowerment som «ein prosess kor folk oppnår større kontroll over avgjersler og handlingar som påverkar helsa» (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 99). Omgrepet empowerment kan omsetjast til myndiggjering, pasientkraft, delaktigheit, eigenkraftmobilisering eller å ha handlingsrom i eige liv (Tveiten, 2020, s. 35). I denne oppgåva vil omgrepet myndiggjering nyttast. Myndiggjering vert gjerne og sett på som noko meir enn ein prosess. Det kan sjåast på som ein prosess mot det å oppnå kontroll, men kan også handle om det å ha kontroll over det som påverkar helsa. Myndiggjering handlar altså om å ha eller ta mest mogleg kontroll over det som påverkar eiga helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 240). Helsepersonell skal vere pasienten sine samarbeidspartnarar, eller hjelparar, i prosessen med myndiggjering. Denne rollen kan definerast som ei rettleiarrolle, ei anna rolle enn den tradisjonelle hjelparen (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 242). Medverknad, anerkjenning av pasienten sin kompetanse på seg sjølv og maktomfordeling er sentrale prinsipp i denne tenkinga (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 242).

Myndiggjering fremjast i situasjonar som er prega av fellesskap, tillit, tryggleik og gode relasjonar (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 240). Samhandlinga i prosessen med myndiggjering inkluderer to ekspertar, på kvar sitt område; pasienten og helsepersonellet (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 242). Helsepersonellet er ekspert på det faglege området, og pasienten er eksperten på seg sjølv og sitt liv. Dersom prinsippa i tanken om myndiggjering skal takast på alvor, må det reflekterast over korleis kunnskapen om brukaren sin kompetanse kan kome fram (Tveiten, 2020, s. 215). Fagpersonar må etterspørje og anerkjenne kunnskapen brukaren har om eige liv og eigne erfaringar. Brukaren sitt perspektiv er nødvendig for å danne gjensidig og felles forståing. Samhandling med brukarar og pårørande skjer likevel i spenningsfeltet mellom brukarmedverknad og ekspertpåverknad (Tveiten, 2020, s. 214). Fagpersonen sin meirkunnskap og ekspertkompetanse representerer makt, og det kan vere freistande å nytte denne makta til å påverke brukaren i riktig retning. I dette har fagpersonen

eit etisk ansvar. Når fagpersonen samhandlar med pasienten i myndiggjering-prosessen, skal begge sin kompetanse anerkjennast og bidra til auka felles forståing (Tveiten, 2020, s. 215).

3.2 Helsekompetanse

Helsekompetanse har sine røter i helsefremming, med hensikt å myndiggjere folk slik at dei i større grad kan ta fornuftige avgjersler knytt til eiga og egne barn si helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 99). Ut frå dette kan det tenkast at helsekompetanse er ein føresetnad for myndiggjering, ved at avgjersler vert tatt på bakgrunn av forstått helseinformasjon.

Helsekompetanse vart i 2019 for første gang etablert som eit norsk omgrep for det engelske ordet “health literacy” (Helsedirektoratet, 2021). Helsekompetanse inneberer ein person si evne til å finne, forstå, vurdere og nytte helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte avgjersler relatert til eiga helse. Avgjerslene kan vere knytt til livsstilsval, sjukdomsførebyggjande tiltak, eigenmeistring av sjukdom og bruk av helse- og omsorgstenesta (Helsedirektoratet, 2021). Samfunnet vert meir og meir kompleks og folk vert i aukande grad bombardert med helseinformasjon og feilinformasjon (Kickbusch, 2013). Dette fører med seg at helsekunnskap vert essensielt.

Strategi for å auke helsekompetansen i befolkninga 2019-2023 peikar på at ein i dagens samfunn stadig vert eksponert for påstandar og informasjon om kropp og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 8). Denne informasjonen, som vert formidla gjennom reklame og tradisjonelle og sosiale medium er av varierende kvalitet. Internett er eksempelvis mykje brukt for å søke etter informasjon om sjukdom, helse og behandling. Ofte kan det vere utfordrande å vite kva som er kvalitetssikra informasjon, og ikkje sjeldan kan ein kome over motsigande informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 8). Ei utfordring strategien fokuserer på er å bevisstgjere helse- og omsorgspersonell på pasienten og brukaren sin helsekompetanse, si rolle i å auke pasienten sin helsekompetanse og å tilpasse kommunikasjonen til mottakar si evne til å handtere og bruke informasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 6). Helsekompetanse sjåast på som ein viktig determinant for helse og handlar om ei bevisstheit hjå den enkelte rundt determinantar for helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 98). Ved at folk har kunnskap og forståing for faktorar som påverkar helsa, vil dei sannsynlegvis i større grad ha moglegheit for å kunne ta vare på og fremje eiga helse. Gjennom å tileigne seg kunnskapar og ferdigheiter kan helsekompetanse antydast å vere eit middel for å oppnå større kontroll over faktorar som påverkar helsa, som igjen speglar definisjonen av myndiggjering (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 99).

4.0 Metodologi og metode

Metodologi er læra om metodane innan ein bestemt disiplin eller eit bestemt område (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 356). Ein metodologi kan seiast å vere ein familie av metodar som har nokre skilnadar imellom, men også mange fellestrekk (Malterud, 2017, s. 36). Den opphavlege tydinga av metode er “vegen til målet” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83). Det kan også definerast som ein systematisk prosedyre for følgje og analyse av data, og er meir eller mindre regelbasert. Metoden fortel noko om korleis ein bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51).

4.1 Metodologisk forankring

Denne masteroppgåva knyt seg til ei brei fortolkande tenking og hermeneutisk kunnskapsteori. Målet med oppgåva er å innhente kunnskap om helsepersonell sine erfaringar i møte med personar som utrykkjer skepsis eller motstand for vaksiner. Dei kvalitative forskingsmetodane byggjer på det fortolkande paradigmet (Malterud, 2017, s. 27). I fortolkande tenking vert subjektiviteten sett i sentrum på ein forpliktande måte. I den fortolkande tilnærminga vert forskaren sjølv, som eit sentralt og medverkande reiskap i den kunnskapsproduserande prosessen, anerkjent og tematisert ut frå ei grunnforståing av at verda kan oppfattast i ulike versjonar avhengig av kva ståstad ein har (Malterud, 2017, s. 28). I den samanheng er det viktig å peike på at hermeneutikk handlar om spørsmål knytt til forståing og fortolking, der før-forståing og forståingshorisont er sentrale omgrep (Thornquist, 2018, s. 170). Det tyder at vi som menneske alltid forstår på bakgrunn av at vi allereie har forstått noko, på bakgrunn av ein forståingshorisont. Det er ein føresetnad for å forstå noko som helst, men og brillene vi har på. Vi kan altså aldri gå til verks heilt induktivt. Sentralt vert det og å setje før-forståing på prøve. Refleksivitet og refleksive praksisar hjå forskar/forskarteamet undervegs i heile forskingsprosessen er difor særskilt viktig (Thornquist, 2018, s. 170; Stige et al., 2011).

Som vist til ovanfor, har det skjedd ei dreining i hermeneutikken mot at forståing og fortolking er del av den menneskelege veremåte. Vi er alltid allereie i livsverda, vi har alltid allereie ein forståingshorisont i møte med andre menneske og deira erfaringar. Denne læra har likevel handla om tolking av munnleg tale og tekst primært, men og meiningar i menneskelege uttrykk i breiare tyding. Dette som utgangspunkt for forståing (Thornquist, 2018, s. 170). Uttrykket “den hermeneutiske sirkel” viser til at eit viktig prinsipp innan fortolking, og tyder at delane vert forstått ut i frå heilskapen, og heilskapen ut i frå delane (Thornquist, 2018, s.

171). Den hermeneutiske sirkelen er ei beskriving av ein dynamisk erkjenningsprosess som vekslar mellom del og heilskap i forsøket på å forstå begge delar best mogleg. Kvar gong vi forstår ein del av verkelegheita, eller teksten, påverkar det oppfatninga av heilskapen (Thornquist, 2018, s. 171). Føremålet med hermeneutisk fortolking er å oppnå gyldig og allmenn forståing av kva ein tekst tyder (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74). Omgrepa den hermeneutiske sirkel eller spiral, spenninga mellom førforståing og ny forståing, samtale og tekst spelar ei sentral rolle i den hermeneutiske tradisjonen, og er difor ei eigna metodologisk forankring ved undersøking av helsepersonell sine erfaringar i møte med vaksineskepsis eller motstand. Frå eit hermeneutisk synspunkt er fortolkinga av meining det sentrale tema sett i samanheng med kontekst og spesifisering av dei formene for meining som fremjast, og merksemda overfor dei spørsmåla som stillast til ein tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73).

4.2 Val av forskingsdesign

Forskningsdesignet som er valt for dette masterprosjektet er kvalitativt. Ein kvalitativ metode er ein forskingsstrategi for beskriving, analyse og fortolking av karaktertrekk og eigenskapar eller kvalitetar ved dei fenomena som skal studerast (Malterud, 2017, s. 30). Kvalitative metodar er eigna å nytte for å få meir kunnskap om menneskelege eigenskapar som erfaringar, opplevingar, tankar, forventningar, motiv og haldningar (Malterud, 2017, s. 31). Dette kan styrke forståinga av kvifor menneske gjer som dei gjer, og korleis dei oppfattar og erfarer viktige aspekt ved eige liv. Målet er forståing snarare enn forklaring, og kvalitative metodar kan nyttast for å utvikle nye beskrivingar, omgrep eller modellar (Malterud, 2017, s. 32). Forskningsspørsmåla for dette masterprosjektet er opne, og er difor eigna for eit kvalitativt forskingsdesign.

For å setje lys på forskningsspørsmåla har eg nytta fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er ei særleg eigna tilnærming ved ønskje om å lære om erfaringar, haldningar eller synspunkt i miljø der menneske samhandlar (Malterud, 2017, s. 138). Dette var dermed eit relevant forskingsdesign for å få fram erfaringane og haldningane til helsepersonell med omsyn til vaksineskepsis. I fokusgruppeintervjua fekk helsepersonell saman utveksle erfaringar, og det vil kome fram ein anna type kunnskap enn frå ein individuell samtale på bakgrunn av at konteksten er ulik (Malterud, 2012a, s. 22). Fokusgrupper er eigna til å studere erfaringar og synspunkt hjå helsepersonell (Malterud, 2012a, s. 22). Den potensielle livlege, kollektive ordutvekslinga kan bringe fram fleire spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkt enn ved gjennomføring av individuelle og meir kognitive intervjumetodar. Fokusgruppe krev og

mindre ressursinnsats enn om kvar av deltakarane skulle vorte intervjua individuelt. Samhandlinga i gruppa, interaksjonen mellom deltakarane, er avgjerande for kva som får kome fram (Malterud, 2012a, s. 74-75; Anvik et al., 2021).

4.3 Utval og rekruttering av informantar

Det vart gjort eit strategisk utval av informantar, samansett ut frå ei målsetting om at materialet best mogleg kan setje lys på problemstillinga (Malterud, 2017, s. 58). Utvalet som var mest hensiktsmessig for å svare på forskingsspørsmålet var helsesjukepleiarar og helsestasjonslegar/fastlegar som informerer om og utfører vaksinasjonar, då det var helsepersonell sine erfaringar som var målet å utforske. Erfaringsbasert kunnskap frå feltet er ein viktig ressurs for klinikaren i eit forskingsprosjekt som krevjar eit strategisk utval (Malterud, 2017, s. 59). Dei informantane som forskar trudde hadde noko å fortelje om vaksineskepsis- og motstand, vart valt. Inklusjonskriterium var at dei skulle vere utdanna helsepersonell, i form av helsesjukepleiarar, sjukepleiarar eller legar, og ha dagsaktuell erfaring frå arbeid med vaksinasjon i kommunehelsetenesta.

Til dette forskingsprosjektet var det først berre ein stor kommune i Vestland fylke som vart spurt om å delta. Kommunen sine egne retningslinjer for deltaking i forskingsprosjekt vart følgt. På heimesida til den aktuelle kommunen vart det fylt ut elektronisk søknadsskjema som vidare vart sendt til den aktuelle etaten. I søknadsskjemaet vart informasjonsskriv og samtykkeskjema, samt godkjenning frå Norsk senter for forskingsdaga lagt ved (vedlegg I). Etter tre veker behandlingstid kom det tilbakemelding frå kommunen om at dei kunne delta i eit mindre omfang enn først førespurt, som var 10-12 helsepersonell. Ved spørsmål om kor mange informantar det var realistisk at kommunen stilte med, kom det kontrabeskjed om at dei likevel ikkje hadde moglegheit til å delta i forskingsprosjektet.

Basert på dette vart det tatt kontakt med ein anna vestlandskommune med spørsmål om deltaking. Denne kommunen hadde ikkje egne retningslinjer eller kontaktpersonar for deltaking i forskingsprosjekt. Det vart først sendt e-post til postmottaket, som vidare viste til kommuneoverlegen. I e-posten til kommuneoverlegen vart det lagt ved prosjektplan, informasjonsskriv (vedlegg III), samtykkeskjema (vedlegg IV) og bevis på godkjenning frå NSD (vedlegg I). Kommuneoverlegen viste førespurnaden vidare til leiar for ein helsestasjon i kommunen, dette resulterte i at fire helsesjukepleiarar meldte seg. Ein femte helsesjukepleiar vart rekruttert av dei som allereie hadde meldt seg. Etter at første fokusgruppeintervju var

gjennomført vart det sendt ut førespurnad om å delta i masterprosjektet til tretten kommunar i Vestland fylke. To av kommunane hadde eigne retningslinjer for deltaking i forskingsprosjekt, medan dei resterande førespurnadane vart vist til kommunalsjef for helse og omsorg eller kommuneoverlege. Ein kommune svarte at dei var positive til dette, men då leiaren ved helsestasjon vidareformidla førespurnaden var det ingen informantar som meldte seg. I februar meldte to kommunar seg positive til å delta i prosjektet, og kommuneoverlegane sendte førespurnaden vidare til tilsette ved helsestasjonane.

Ved den eine kommunen meldte tre helsesjukepleiarar og ein lege seg til å delta. Ved den andre kommunen var det ein helsesjukepleiar som meldte seg. Denne helsesjukepleiaren fekk tilbod om å delta i fokusgruppeintervju med informantane frå den andre kommunen då det var geografisk nærleik, men hadde ikkje anledning. Det vart planlagt individuelt intervju med denne helsesjukepleiaren, som eit supplerande intervju. På intervjudagen rekrutterte helsesjukepleiaren ein helsesjukepleiarkollega som ikkje hadde fått med seg førespurnaden tidlegare. Fokusgrupper var utgangspunktet for dette masterprosjektet. Ei praktisk tilpassing vart gjort, for å få gjennomført eit supplerande intervju med dei to deltakarane som meldte seg i same kommune. Erfaringa med rekrutteringsprosessen er at den vart meir tidkrevjande enn først antatt. Sett i ettertid skulle det vorte sendt ut førespurnad om å delta i masterprosjektet til fleire kommunar frå starten av, på bakgrunn av at det var så mange som ikkje hadde ressursar, samt let vere å svare. Nokre av årsakene til at kommunar ikkje hadde kapasitet til å delta var koronasituasjonen, høgt sjukefråvær og for mange andre pågåande studentprosjekt. Totalt deltok elleve informantar i studien, ni helsesjukepleiarar, ein helsesjukepleiestudent og ein lege, fordelt på to fokusgruppeintervju og eitt supplerande intervju.

Tabell 1: Oversikt over informantane

Fokusgruppeintervju 1					Fokusgruppeintervju 2				Supplerande intervju	
I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11
59 år	61 år	43 år	38 år	47 år	62 år	45 år	28 år	70 år	33 år	35 år

4.3.1 Intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg V) dannar grunnlaget for eit intervju, og fungerer som eit manuskript som strukturerer intervjuforløpet meir eller mindre stramt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Arbeidet med utarbeiding av intervjuguiden vart opplevd som nyttig, og fungerte som ei

teoretisk førebuing til intervjuet. Under utforming av intervjuguiden var eg fokusert på å stille dei relevante, men og ha opne nok spørsmål og punkt, for å vise at det ikkje er noko fastsatt. Malterud seier at når føremålet er å få vite noko ein ikkje visste frå før, og å bidra til å opne opp for nye spørsmål, er det viktig ikkje å gjere intervjuguiden for detaljert (Malterud, 2012a, s. 71). Utforminga av intervjuguiden vart gjort på bakgrunn av tidlegare forskning, teoretiske omgrep og dei valde problemstillingane. Det å skape kunnskap gjennom intervjuprosessen, samtaleforma og i vårt tilfelle diskusjonar i ei gruppe, er det som kjenneteiknar det kvalitative intervjuet (Dalland, 2017, s. 78). Intervjuguiden er ei hjelp til å hugse tema og spørsmål som skal takast opp, men skal nyttast så fritt som mogleg. Når det skal snakkast om subjektive erfaringar, så er det ikkje eit svar som er riktig eller feil. Intervjuguiden vart sendt ut til informantane i forkant av intervjuet. Dette var for at informantane kunne få tankane i gang, og få eit inntrykk av kva dei gjekk til.

4.3.2 Pilotintervju

I forkant av datainnsamlinga vart det gjennomført eit pilotintervju med ein medstudent. Bakgrunnen for dette var å undersøkje korleis intervjuguiden fungerte, samt for å avdekke eventuelle spørsmål eller tema som kunne vore betre formulert. Lydopptakarane vart og testa. Dette for å trene på korleis det tekniske fungerte, og kor langt unna informantane kunne sitje med omsyn til lyd kvalitet. Det vart ikkje gjort nokre endringar i intervjuguiden etter pilotintervjuet.

4.4 Forskaren si førforståing

Førforståinga er den ryggsekken som vert bringa inn i forskingsprosjektet, før prosjektet startar (Malterud, 2017, s. 44). Innhaldet i ryggsekken påverkar heile vegen måten data vert samla, tolka og lest. Eg er student på masterstudiet “Helse og samfunn” med studieretning “Ulike perspektiv på sentrale helseutfordringar” ved Universitetet i Bergen. Parallelt med masterstudiet er eg student ved Høgskulen på Vestlandet, der eg tek vidareutdanning som helsesjukepleiar. Tidlegare har eg fullført bachelor i sjukepleie ved Høgskulen på Vestlandet, og har arbeidserfaring som sjukepleiar i heimesjukepleietenesta. Som sjukepleiar har eg lite erfaring i å møte personar med vaksineskepsis, noko som har vore motivasjonen og interessa bak val av tema og problemstilling. Frå mitt perspektiv er det og lite fokus på korleis vi skal møte personar med vaksineskepsis- eller motstand under vidareutdanninga i helsesjukepleie. Ofte er førforståinga ei viktig side av motivasjonen for å setje i gang med forskning omkring eit bestemt tema (Malterud, 2017, s. 45). Mangel på kjennskap til det som skal utforskast kan ha vore avgrensande ved at spørsmål om relevante sider ved tema ikkje har vorte stilt. På

same tid kan det og vere positivt i form av at ikkje å gå inn i prosjektet med skylappar og avgrensa horisont (Malterud, 2017, s. 45). Nærleik til stoffet kan på den eine sida gjere intervjuet målretta og relevante, men på den andre sida kan det bidra til at det manglar eit kritisk blick (Malterud, 2017, s. 20).

4.5 Datainnsamling

Datainnsamlinga vart gjennomført ved to fokusgruppeintervju og eit supplerande intervju med to informantar. Fokusgrupper kan bidra med eit godt datamateriale når hensikta er å utforske fenomen som gjeld felles erfaringar. Gruppeintervju i fokusgrupper kan hente fram assosiasjonar, og er slik eigna til å studere erfaringar og synspunkt hjå helsepersonell (Malterud, 2017, s. 70).

4.5.1 Gjennomføring av intervjuet

Intervjuet vart gjennomført i løpet av desember 2021 og februar 2022, og dei vart alle gjennomførte med fysisk oppmøte. Under fokusgruppeintervju har moderator ein aktiv rolle, og må kjenne att situasjonar der deltakarane sine stemmer vert overdøyva av spørsmål og styring (Malterud, 2017, s. 70). Fokusgruppeintervjuet vart leia av underteikna som moderator, med hovudfokus på å få fram ulike synspunkt og erfaringar om studiet sitt tema. Ein av rettleiarane var sekretær. Vi planla korleis rollene våre skulle vere før gruppene møttest. Moderator si rolle skulle vere meir synleg og aktiv under intervjusituasjonen, medan sekretæren skulle ha ei meir passiv rolle i bakgrunnen. Første intervjuet var med fem helsesjukepleiarar, alle tilknytt ein helsestasjon. Ved dette intervjuet deltok altså rettleiareren min som sekretær. Sekretæren si oppgåve er å følgje med på kva som går føre seg i fokusgruppediskusjonen, og å leggje merke til og ta feltnotat om stemning, klima og samhandling (Malterud, 2017, s. 66). Mot slutten av intervjuet presenterte sekretæren ei oppsummering av kva tema og erfaringar som informantane hadde vore innom. Det andre intervjuet var med to helsesjukepleiarar, ein helsesjukepleiestudent og ein lege. Ein kombinasjon av store geografiske avstandar og kort varsel gjorde til at sekretæren ikkje hadde anledning til å vere fysisk tilstades under intervjuet. Planen var at sekretæren skulle delta via Zoom, slik at det var mogleg å følgje med på kroppsspråket til deltakarane. Tekniske utfordringar gjorde til at mobiltelefonen vart nytta som formidlingskanal i staden for.

Det supplerande intervjuet inkluderte to helsesjukepleiarar ved ein helsestasjon. Sekretæren deltok ikkje her, ettersom det ikkje kvalifiserte som eit fokusgruppeintervju. Informantane

fekk i forkant tilsendt eit informasjonsskriv med samtykkeerklæring, som vart signert i løpet av intervjusituasjonen. Før intervjuet starta vart alle informerte om at det vart nytta lydopptakar, som og stod i informasjonsskrivet. Vidare vart det formidla at lydopptaka berre er tilgjengelege for meg og rettleiarane mine, og at dei vart sletta etter levert oppgåve. Alle intervjuet vart innleia med det første spørsmålet på intervjuguiden, for å kome i gang med samtalen. Spørsmåla som var utarbeida i intervjuguiden vart ikkje følgt slavisk i alle intervjuet, men var passande å kome med når samtalen stagnerte.

4.5.2 Transkripsjon

Etter datainnsamlinga skulle materialet organiserast og gjerast tilgjengeleg for analyse (Malterud, 2017, s. 77). Frå eit språkleg perspektiv er det å transkribere ei omsetting frå talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Transkripsjonen skal mest mogleg lojalt ta vare på det opphavlege materialet, slik deltakarane sine erfaringar og meiningar vart formidla og oppfatta under fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2017, s. 77). Transkripsjon var ein tidkrevjande prosess. Ei utfordring var at det ikkje var alle informantane som prata like tydeleg og høgt, det kan og ha noko å gjere med plassering av lydopptakarane. Dette resulterte i at det ikkje var like lett å fange opp kva som vart sagt. Lydopptaka måtte høyrast gjennom fleire gongar, og enkelte delar måtte spolast tilbake både fire og fem gonger. Lydopptaka vart transkribert i ordrett i ein formell og skriftleg stil (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Alle “eh”-er og liknande, som ikkje var avgjerande for å forstå meininga, vart utelate (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208).

4.6 Analyse

4.6.1 Systematisk tekstkondensering

I denne studien var det hensiktsmessig å nytte Malterud sin systematisk tekstkondensering, då metoden tilbyr nybegynnarar ei enkel innføring i korleis analyseprosessen kan gjennomførast på ein systematisk og gjennomførleg måte (Malterud, 2017, s. 97). Systematisk tekstkondensering kan definerast som ein pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Systematisk tekstkondensering er ein beskrivande og utforskande metode for intervjustudier, observasjonsstudiar og analyse av skriftlege tekstar (Malterud, 2012b). Metoden tilbyr nybegynnarar ein prosess med intersubjektivitet (anbefaling om at fleire bidreg i analyse), refleksivitet og moglegheit for å gjennomføre. På same tid vert eit ansvarleg nivå av metodisk strengheit opprettheldt (Malterud, 2012b). I tråd med Malterud (2012b) vart det gjort ein analyse i fire trinn: 1) å få eit heilskapsinntrykk, 2) å identifisere

meningsdannande einingar, 3) å abstrahere innhaldet i dei enkelte meningsdannande einingane, og 4) å samanfatte betydinga av dette.

Første trinn handlar om å få eit totalinntrykk av datamaterialet (Malterud, 2012b). Her vart den transkriberte teksten lest fleire gonger. Målet var å få eit generelt inntrykk med fokus på å finne tentative tema knytt til helsepersonell sine erfaringar i møte med vaksineskepsis (Malterud, 2012b). I dette trinnet skal datamaterialet møtast med eit ope sinn, ut frå eit fugleperspektiv, men det er og prega av ei tolking ut frå forskingsspørsmål og fagleg disiplin (Malterud, 2012b). Rettleiarane leste og utskriftene frå gruppesamtalane, og vi samtalte om kva som i deira førsteinntrykk stod fram som viktige tema. Saman med mine inntrykk kom følgjande førebelse tema fram: “media på godt og vondt”, “dilemma”, “alternativt men ikkje einsarta gruppe”, “negative erfaringar eller frykt”, “kunnskap og informasjon”, “bevare relasjonen og respekten”, “reisevaksinering” og “dei som har bestemt seg”.

Trinn to dreia seg om å gå meir systematisk til verks med gjennomgang av transkripsjonen linje for linje (Malterud, 2012b). Dei identifiserte tema skulle over til kodar og meningsberande einingar skulle identifiserast og sorterast. Problemstillingane stod sentralt i arbeidet med å finne meningsberande einingar (Malterud, 2012b), og denne jobben gjorde eg først og fremst aleine. Undervegs vart kodegrupper endra ved at nokre vart slått saman. Til dømes vart tema “dei som har bestemt seg”, “alternativt men ikkje einsarta gruppe” og “negative erfaringar eller frykt” slått saman til koden “ulik skepsis av ulikt opphav”. Eg fann ut at dei meningsberande einingane under “dilemma” og “media på godt og vondt” kunne passe inn under fleire andre kodar. Tema “reisevaksinering” var det ikkje så mange meningsberande einingar å knytte til, så det vart satt til side. Dei åtte tema frå trinn ein vart reduserte til følgjande tre kodar i dette trinnet: “ulik skepsis av ulikt opphav”, “det faglege” og “jobbe med omdøme”. Koding inneberer dekontekstualisering, midlertidig fjerning av delar av teksten frå sin opphavslege kontekst (Malterud, 2012b).

I analysen sitt tredje trinn skulle den sorterte informasjonen frå trinn to abstraherast ved å identifisere og kode dei meningsberande einingane (Malterud, 2017, s. 105). På dette stadiet vart datamaterialet redusert frå 42 tekstsider til kodegrupper av dei meningsberande einingane som fortel noko relevant for problemstillingane. Materialet vart sortert i to til tre subgrupper (Malterud, 2017, s. 106). Kodane “det faglege”, “jobbe med omdøme” og “ulik skepsis av ulikt opphav” vart endra til “det faglege i sentrum” og “omdømebygging i alt vi

gjer” og “skepsis av ulikt opphav”. Koden “det faglege i sentrum” fekk følgjande subgrupper: *informasjon, oppdatert kunnskap og kommunikasjon*, medan koden “omdømebygging i alt vi gjer” fekk følgjande subgrupper: *bevare relasjonen, tillit til eige system og tilrettelegging*.

Under koden “skepsis av ulikt opphav” brukte eg tid på å finne beskrivande, ikkje for få breie og ikkje for mange, snevre, subgrupper. Subgruppene som vart danna under koden var: *kultur og ideologi, frykt, grader av skepsis og dilemma*. Dette diskuterte vi oss fram til i forskarteamet. Systematisk tekstkondensering omfattar eit spesielt metodisk grep som kallast å lage eit kondensat, eit kunstig sitat. I det kunstige sitatet brukast eg-form. Eksempel på meiningsberande einingar og kunstig sitat er illustrert i tabell 1 og i vedlegg VI.

Fjerde trinn av analysen går ut på at bitane skal setjast saman igjen - rekontekstualisering (Malterud, 2017, s. 108). Under dette trinnet vart enkelte meiningsberande einingar flytta til andre subgrupper dei passa betre inn under. Funna samanfattast i form av fortolka synteser som grunnlag for nye beskrivingar og omgrep som kan delast med andre (Malterud, 2017, s. 108). I mitt tilfelle enda analysen ut i tre resultat kategoriar med høvesvis tre til fire subgrupper, sjå i resultatkapittelet.

Tabell 2: Kode, subgruppe, meiningsberande eining, kunstig sitat og gullsitat

Omdømebygging i alt vi gjer	
Subgruppe: Bevare relasjonen	
<p>Meiningsberande eining:</p> <p>«Det med respekt, sant. Om du ikkje er der at du vil ha vaksinen i dag, eg må roe, viss eg pusha på og pusha på, tenkje eg, då gjer eg i alle fall vondt verre. Så det er liksom å unngå å pushe på, men gå litt roleg fram, for ein skal jo opprette tillit»</p> <p>«Det er jo noko med det at alt det som skjer på helsestasjonen er mykje meir enn vaksiner og sånn, så ein kan ikkje øydeleggje»</p> <p>«Da kjem eg ikkje med ny informasjon. Det handlar nok veldig om å bevare det forholdet, sant, eller det ein har, som nesten er viktigast, i alle fall på helsestasjon»</p> <p>«Eg tykkjer jo det er litt vanskeleg av og til, å forholde meg til det, men eg går jo ikkje ut og argumenterer mot dei. Eg må jo respektere dei, og gå inn i og tenkje at det er eit eller anna som ligg bak»</p> <p>«Tenk viss dei lure på noko anna som er ganske viktig, så er det jo kjempeviktig at dei tek den telefonen til oss og spør i forhold til andre ting om barnet si helse»</p> <p>«Det har jo ingen hensikt å drive veldig sånn polariserande verksemd i forhold til dette. Så det er jo ei veldig lita gruppe, og det kjem ikkje til å hjelpe nokon ting ikkje å behandle dei med respekt eller på ein måte, då kan dei jo nesten berre bli større, då»</p> <p>«Det hjelper ikkje å sitte på all teorien, viss dei ikkje vil høyre på deg. Og tenkjer at du kan berre seie så mykje du vil»</p> <p>«Også, som Informant 9 seier, det med å behalde respekten i samtalen. Det er trass alt eit frivillig, men anbefalt tilbod»</p> <p>«Og så tenkje eg jo at, vi må ha ein god relasjon til den familien, for vi levere jo helsetenester til barnet deira, det er jo kjempeviktig at dei føler seg trygge og ivaretatt her uansett haldninga deira til vaksiner. Det er jo kjempeviktig å få god oppfølging sjølv om»</p> <p>«Vi får jo tid til å opprette tillit og, i og med at du har 15 møter i frå dei er 0 til 4 år. Så får du på ein måte tid til å opprette, i frå helsestasjonen si side, at vi har lågterskel, og at det er faktisk helsesjukepleiarar som gjer dette her, trur eg er veldig bra og»</p> <p>«Vi skal møte alle, for vi er altså ei helseteneste for alle innbyggjarar, og ingen skal føle seg, at det skal vere vanskeleg å møte oss, sjølv om dei ikkje ønskjer vaksiner»</p>	<p>Kunstig sitat:</p> <p>Eg tenkjer at vi må ha ein god relasjon til familien, for vi leverer jo helsetenester til barnet deira.</p> <p>Helsestasjonen er mykje meir enn vaksiner. Det er kjempeviktig at dei føler seg trygge og ivaretatt her, og spør i forhold til andre ting om helsa til barnet, uansett kva dei tenkjer om vaksiner. Eg er avhengig av at dei trur på oss som skal gje behandlinga, eller råd. Har vi god nok relasjon kan vi spøke litt med det og, då seier eg at vi kan jo vere einige om å vere ueinige.</p> <p>Når eg har fått etablert ein relasjon til familien, så vil eg sjekke ut kva som ligg bak skepsisen på ein open og nysgjerrig måte. Det er viktig å halde respekten og tilliten i samtalen, setje av tid, lytte og ha ein dialog. Trygge dersom dei har bekymringar. Vaksiner er trass alt eit frivillig, men anbefalt, tilbod. Det har ingen hensikt å drive polariserande verksemd i samband med dette. Eg kan ikkje ta det opp på kvar konsultasjon, då må eg berre la det liggje. Med respekt tenkjer eg og eg må roe ned, og for all del ikkje pushe på. Det kan gjere vondt verre, og eg vil jo at tilliten skal opprettast. Det hjelper jo heller ikkje at eg sit på all teorien dersom dei ikkje vil høyre på. Eg må vite mine avgrensingar, når eg ikkje skal kome med ny informasjon eller ikkje gå inn i ein diskusjon. Eg kan vere ueinig, men eg må respektere valet og tenkje at det er noko som ligg bak. Respektere vurderinga bak valet. Ingen skal føle at det er vanskeleg å møte oss.</p>
<p>Gullsitat: «Ein god relasjon er nesten det viktigaste oppi det meste»</p>	

4.7 Ethiske tillatingar og betrakingar

Som forskar har ein ansvar for å ta vare på deltakarane sitt personvern, og for at prosjektet kunne gå sin gang med alle empiriske data i behald (Malterud, 2012a, s. 95). Tillating for gjennomføring av prosjektet vart søkt via Norsk senter for forskingsdata, NSD, og registrert i System for risiko og etterleving i forskingsprosjektet, RETTE. Forskingsprosjekt som skal hente inn personopplysingar er meldepliktige til NSD (Malterud, 2012a, s. 61).

Personopplysingar er ei kvar opplysning som kan koplast til ein person, eksempelvis namn og stemme på lydopptak (NSD, 2021). Det var ikkje nødvendig med søknad til Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk, REK, då det ikkje var pasientar og sensitive helseopplysingar, men helsepersonell sine erfaringar, som var føremålet å hente inn. Lyddata og transkripsjonane vart sikra mot innsyn og behandla som personinformasjon, og lagra på ein sikker måte (Malterud, 2012a, s. 95-96). Opptak frå fokusgruppeintervjua og transkripsjonar vart lagra på SAFE server ved Universitetet i Bergen. Det var berre forskar/meg og rettleiarar som hadde tilgang til filene knytt til dette prosjektet. Datamaterialet vert lagra der i fem år av kontrollomsyn, og vert deretter sletta. Intervjuet kan ta opp kjenslemessige emne kor det er viktig å beskytte intervjupersonane sin konfidensialitet og institusjonane som vert nemnde i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

Ethiske problemstillingar pregar heile løpet i ei intervjuundersøking, inkludert transkriberingsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Av omsyn til personvern har deltakarane fått pseudonym, men det vart arkivert ei kryssliste i kryptert format som gav oversikt over forholdet mellom deltakarane sine verkelege namn og pseudonyma deira (Malterud, 2012a, s. 97). Så fort transkriptet var ferdig, vart det overført til SAFE server og sletta frå eigne PC. Skriftleg attgjeving av munnlege og potensielt sensitive data vart sikra mot innsyn. Dette er uavhengig av om forskaren sjølv meiner at samtalen avdekka få eller ingen sensitive opplysingar eller ikkje (Malterud, 2012a, s. 99).

Innanfor intervjuforskning inneber etiske retningsliner mellom anna skriftleg informert samtykke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Skriftleg informert samtykke vil seie at forskingsdeltakarane, her helsepersonell, vart informert om undersøkinga sitt overordna føremål og hovudtrekka i designet, samt moglege ulemper og fordelar ved å delta i fokusgruppeintervjuet. Dette var for å sikre at helsepersonellet deltek på frivillig grunnlag, og at kvar enkelt har rett til å trekkje seg når som helst. Informert samtykke baserer seg på prinsippet om individuell autonomi, og respekterer menneske sine evner til å ta avgjersler som

angår dei sjølve. Som forskar har ein eit ansvar for å passe på at deltakarane ikkje vart utsette for skade (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104; Universitetet i Bergen, 2021).

Eit informasjonsskriv med samtykkeerklæring vart utarbeidd og sendt ut til deltakarane før intervju, og dei gav sitt skriftlege samtykke då vi møttest til intervju (vedlegg IV). Ingen av deltakarane er mogleg å spore etter namn, sidan dei alle fekk pseudonym. Namna på deltakarane vart endra allereie før transkriberinga. Det er ikkje gitt informasjon i presentasjon av funna som kan identifisere einskilde deltakarar for andre enn dei sjølve og dei som deltok i same intervju. Notata frå intervjuet og samtykkeskjema vart makulert etter at oppgåva var ferdig. Studien handla ikkje om å evaluere korleis helsepersonell møter personar som er skeptiske til vaksiner, det er deira personlege erfaringar og forståing av tema eg var interessert i, og at dei fekk kome med ulike erfaringar og synspunkt. Dette vart presisert før vi starta gruppesamtalane. Alle deltakarane gav etter intervju uttrykk for at dei opplevde det som nyttig og positivt å delta, at slike type faglege diskusjonar gjerne ikkje var tid til elles i arbeidskvardagen. Eit inntrykk både sekretær og underteikna fekk var at enkelte deltakarar var varsame med å prate om og gje eksempel som handla om vaksineskeptikarar og motstandarar, både for å ta vare på personvernet og for ikkje å stigmatisere nokon.

5.0 Resultat

I denne delen av oppgåva vert studien sitt resultat presentert. Føremålet med studien var å undersøkje helsepersonell sine erfaringar i møte med personar med vaksineskepsis, og kva dei meiner er den mest optimale måten å møte desse personane på. Problemstillingane i oppgåva var: 1) Kva erfaringar har helsepersonell i møte med personar som er skeptiske til vaksiner? 2) Kva meiner helsepersonell er konstruktive måtar å møte pasientar og pårørande som er skeptiske til å la seg vaksinere? 3) Kva informasjon meiner helsepersonell er den viktigaste å bidra med i møte med vaksineskepsis?

Tabell 3: Resultatkategoriar og subgrupper som vart identifisert i analyseprosessen

Skepsis av ulikt opphav	Det faglege i sentrum	Omdømebygging i alt vi gjer
<ul style="list-style-type: none">• Kultur og ideologi• Frykt• Grader av skepsis• Dilemma	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon - gode kunnskapskjelder og tilpasse etter behov• Oppdatert kunnskap - heilt avgjerande• Kommunisere budskapet - sakleg, tydeleg og i fleire kanalar	<ul style="list-style-type: none">• Bevare relasjonen• Tillit til eige system• Tilrettelegging

5.1 Skepsis av ulikt opphav

Helsepersonellet påpeika at det var få av dei som takka nei til vaksiner, og viste til vaksinasjonsdekkinga i landet. Helsepersonellet uttrykte vidare at dei var redde for å setje merkelapp på dei som var skeptiske til vaksiner, men at det var nokre grupper i befolkninga, eller årsaker til skepsis, som skilte seg ut. Opphavet til skepsis er av stor variasjon, og kan handle om alt frå kultur og livssyn til frykt. Det er og variasjon i kor skeptiske personar er - alt frå “sunn skepsis” til konspiratorisk skepsis. Følgjande subkategori vart fastsett under dette temaet: “kultur og ideologi”, “frykt”, “grader av skepsis” og “dilemma”.

5.1.1 Kultur og ideologi

Ein gjengangar var at det var mindre gjennomføring av vaksining, både når det gjaldt korona- og barnevaksinasjon, blant personar frå Aust-Europa, særleg Polen. Det kunne vere ulike årsaker som låg bak, og det var gjerne kombinert med fleire faktorar. Ei forklaring som vart nemnd var mangel på tillit til myndigheiter, ei meir ideologisk forklaring. Det å vere

skeptisk til vaksiner var og gjerne assosiert med å vere litt alternativ eller vegetarianar. Mange dyrka alt sjølv og var opptatt av ikkje å ete industriprodusert mat. Kroppen skulle ikkje tilførast noko som ikkje var naturleg, den skulle byggje sitt eige immunforsvar - ikkje gå gjennom ein falsk sjukdom, men den ekte. Vaksinen kunne innehalde “skumle stoff”, som dei som var skeptiske gjerne definerte det som. Økologisk og naturleg tilnærming var og skildringar som vart brukt. Det kunne og vere at ein var “veldig opptatt av å ta vare på kroppen”, som informant 10 sa. Dette vart sett både i kombinasjon av andre kulturar, men og blant etnisk norske. Andre former for skepsis som helsepersonellet hadde erfart, var meir religiøst eller livssynsorientert, særleg med tanke på HPV-vaksinen, som informant 10 uttrykte: “Foreldre som er kanskje litt konservative i forhold til sex, som tenke at ungane sine ikkje treng HPV-vaksinen”. Det å tilby HPV-vaksinen vart nærast sett på som ei oppfordring til samleie, som informant 3 la til følgjande:

Når HPV-en kom, for den vert du jo på ein måte smitta av ved å ha samleie, så syntest nokon at det var heilt skrekkeleg i sjuande (klasse), då som dei går desse jentene som ein begynte med, at du liksom oppfordra til samleie. (Informant 3)

Kva vaksinene inneheldt var og ei årsak til skepsis blant visse kulturar. Nokon hadde lest seg opp på at det var ein liten del aluminium i vaksinene, og ville ikkje tilføre dette til barnet. Informant 10 peika på måten vaksinen var dyrka fram på, som kolliderte med livsstilen til nokre menneske: “Nokon ville ikkje ha MMR på grunn av at det var dyrka fram på kyllingfoster, fordi at dei er veganarar”. Vidare fortalde helsepersonell frå gruppeintervju 2 som hadde jobba i flyktninghelsetenesta at personar frå Somalia gjerne viste skepsis til vaksiner. Dette gjaldt mødrer spesielt:

Eg opplevde jo også blant innvandrarar, mødrer, prøvde å la dei vaksinere seg, og at dei ikkje torer å ta den (vaksinen) for dei er redde for å bli sjuke. Då kan dei ikkje ta vare på ungane sine. Dei kan ikkje bli sjuke, for dei må vere friske for ungane. Eg tenkje då litt sånn informasjon dei ikkje alltid får med seg på grunn av språkproblem, at det på nyheitene vert ofte negative ting, alt går gale, sant. (Informant 2)

Blant personar som er flyktningar, særleg frå Somalia, var det fleire som var redde for å

MMR-vaksinen på grunn av autisme¹. “For dei heng litt etter med den informasjonen, kanskje ikkje oppdaterte, så dei har høyrtdå at det (vaksinen) var farleg og at dei kan få autisme av det sant”, som informant 1 uttrykte. Nokon let vere å ta vaksinen, medan andre venta til språket hjå barnet var på plass. Ein del vaksne flyktningar fekk og tilbod om vaksine, og skepsisen der kunne handle om at dei hadde angst for stikket, eller at dei var redde for å tilføre kroppen noko ukjent. Informant 1 viste og til at ein del damer frå Syria “er veldig skeptiske til prevensjon, P-piller, hormonell behandling”. Det kunne handle litt om å vente, og “nett sjå korleis det går med den andre før eg tek vaksine”.

5.1.2 Frykt

Andre opphav til skepsis, som helsepersonellet var samstemte i, var frykt. Informant 10 uttrykte i samband med dette følgjande: “Det er jo kanskje det det ofte går i, frykt for biverknadar”. Det kunne variere frå vaksine til vaksine. Nokon hadde valt ut enkelte vaksiner dei takkar ja til, som informant 11 hadde erfart på helsestasjonen:

Dei har kanskje berre ønska (vaksine mot) stivkrampe, og har hatt skepsis til andre dose med (vaksine mot) rotavirus etter spørsmål om biverknad på første dose. Biverknaden høyrdest eigentleg normal ut, men som dei (foreldra) vart veldig skeptiske til å ta andre dose, og valde ikkje å gjere det. (Informant 11)

Dette var ikkje ulikt informant 10 si erfaring i møte med ein familie: “då hadde dei (foreldra) bestemt seg for at dei ville ikkje gje på grunn av at dei tenkte det var betre å få rotavirus enn vaksinen. Biverknadar frå vaksinen var verre enn å få sjukdomen”. Andre erfaringar gjekk eksempelvis på at ein ungdom ikkje fekk ta vaksinen mot kikhoste på grunn av at han hadde hatt ein lungesjukdom då han var liten: “i staden for å tenkje at det var lurt å beskytte mot vaksine, så ville ikkje dei (foreldra) påføre noko ved å gje vaksinen”, uttrykte informant 10. Fleire av helsepersonellet frå gruppeintervju 1 hadde møtt mødrer som ikkje ville vaksinere ungane sine på bakgrunn av at dei sjølv hadde erfart reaksjon etter ei vaksine: “utan at eg er heilt sikker på at den allergiske reaksjonen var av vaksinen, og ikkje andre ting”, la informant 2 til. Informant 5 viste til at folk gjerne leitar etter ei årsak dersom noko uheldig skulle oppstå,

¹ I 1998 vart det publisert ein kontroversiell studie av m.a. Andrew Wakefield i tidsskriftet The Lancet (NHI, 2019). Studien hevda at det var ein samanheng mellom MMR-vaksinen og autisme. Dette førte til skepsis til vaksinen blant foreldre. Først i 2004 vart forskinga avslørt som svindel og forfalsking. Wakefield vart i 2010 fråteken autorisasjon som lege i Storbritannia.

til dømes kroppslege reaksjonar, og dersom det hadde vore ei vaksine nær i tid var det lett å forklare desse symptoma med den.

Nokre helsepersonell hadde og møtt folk som kanskje var meir redde for naturlege, nesten forventa, biverknadar som feber og uro enn for sjølvve vaksinen. Informant 6 påpeika at folk tenkte “tenk viss”, og var “kanskje meir engstelege i forkant og meir engstelege enn vanleg”. Det kunne og vere mildare grader av frykt, der det handla meir om det praktiske, og brukte uttrykk som; “kan vere frisk”, “har ikkje tid”, “eg vart så dårleg” og “eg orkar ikkje”. Fleire av helsepersonellet gav uttrykk for at det var menneskeleg å vere skeptisk til nye ting, og at det gjerne var meir skepsis ved nye vaksiner. Informant 5 viste og til at uønskte hendingar, slik som ved AstraZeneca-vaksinen, kunne bekrefte skepsisen: “Såg jo dette, fekk jo litt svar då når det var koronavaksinen og vaksiner dei trekkjer tilbake”. Ved nye vaksiner kunne skepsis uttrykkast som “å sitte litt på gjerdet og sjå korleis dette går” og “kva biverknadar følgjer med”. Helsepersonellet frå gruppeintervju 1 og 2 viste og til at det i vaksineringsen i samband med korona hadde vore mykje endringar kring anbefalingane. Det at det var så mykje fram og tilbake kunne føre til at folk vart usikre, og i tillegg når du som forelder skulle ta val på vegne av andre som informant 4 uttrykte:

Så har det jo vore mykje endringar og, med dei gravide. Først så vart det anbefalt at dei skulle vente, og så skulle dei ha den (vaksinen). Då har det jo vore ein del usikkerheit, ikkje ein skepsis, men at dei er utrygge. Dei tenkjer slik “herregud, tenk om det vert noko nytt om to månadar og så tok eg vaksinen”. Du har ein baby inni deg som du skal ha ansvar for, så er det jo nokon gravide som ikkje har tatt (vaksinen), og at dei vil vente. (Informant 4)

Angst kunne og vere eit hinder for å ta vaksinen. Informant 1 viste til at ungdommen imponerer når dei tek vaksinen trass i angst: “så vert eg veldig imponert over dei, fordi dei er redde, men dei vil likevel. Dei gjer det likevel”. Angsten kan og føre til skepsis i ein familie, for foreldre påverkar gjerne om ungane vil ta i mot vaksine eller ikkje. Av og til kunne folk fortelje til helsepersonellet at dei var ikkje kritiske til barnevaksinasjonsprogrammet, men kritiske til nye vaksiner. Informant 10 uttrykte at ein person som var skeptisk til koronavaksinen hadde sagt følgjande: “eg er veldig positiv til barnevaksinasjonsprogrammet, for eksempel, men venta med koronavaksine”.

5.1.3 Grader av skepsis

Særleg i gruppeintervju 2 og det supplerande intervjuet uttrykte helsepersonellet at dei skilte mellom ulike grader av skepsis. Dei hadde erfart at det var mange som på førehand hadde bestemt seg for at dei ikkje ville ha vaksine. Informant 9 uttrykte dette: “Det er nokon som er uforbederlege, og dei skal ikkje vi bruke for mykje krefter på med det vaksinasjonstalet vi har”. Informant 7 skilte mellom konspiratoriske og dei som hadde sunn skepsis: “dei som lurar litt, og ikkje heilt har funne ut kva dei skal - brukar vi tid på. Medan dei (konspiratoriske), brukar vi ikkje tid på”. Informant 9 uttrykte følgjande om dei som er konspiratoriske, no under pandemien:

Dei har jo hatt ein del opptur, desse vaksinemotstandarane, ved å kunne prøve å herse med kommuneoverlegar, og ordførarar. Men, vi tiar dei i hel, det er jo det vi skal. Vi vil aldri finne på å svare dei, og vi sletter konsekvent, i alle fall gjer eg det. For det skal vi ikkje bruke tid og krefter på. (Informant 9)

Kva grader av skepsis menneska helsepersonellet møter, avgjer gjerne kor mykje tid som vert via til rådgjeving. Informant 7 uttrykte at dei som ville ha eit råd om kva dei skulle gjere, meir enn at dei var mistenksame, dei vart prioriterte. Der ein møtte motstand og ikkje kom nokon veg, kunne ein ikkje gjere så mykje meir: “Ho hadde lest mykje, og var stålsikker i hennar avgjerd, så det har eg ikkje gått så mykje vidare med” fortalde informant 11. Vidare kom nokre helsepersonell innom at dei tykte det hadde skjedd ei endring der ein merka at foreldre var meir nysgjerrige, spurde meir og ville ha meir informasjon kring barnevaksinasjonsprogrammet. Informant 7 beskreib denne endringa på følgjande måte:

Det er kanskje litt synsing, men det har skjedd ei endring i det tykkje eg, på 20 år. Før tok ein berre i mot det ein fekk. Det er litt meir sånn trend i tida, at det er ein sånn skepsis, eller ikkje skepsis kanskje, men ein vil ha svar eller spør mykje meir. Ein har informasjon tilgjengeleg, er meir bevisste på kva ein får, kva ein har i kroppen, og livsstil. Ja, alt, på alle områder, så det, merkar eg og. Meir bevisste foreldre. Spør meir. Tek ikkje alt for god fisk. (Informant 7)

5.1.4 Dilemma

Helsepersonellet frå alle intervjua hadde erfart ulike dilemma som kan oppstå i vurderinga om vaksine eller ikkje. Informant 6 fortalde at han av og til tok opp det med barn si rett til helse, at “dei har eit ansvar som foreldre ovanfor barna sine å gje dei best mogleg helsemoglegheiter”, og at dei kunne få tenkje litt på den. Helsepersonellet uttrykte at det kunne vere fleire grunnar til at folk takka nei til vaksinasjon. Mange av sjukdomane som det vert vaksinert mot i barnevaksinasjonsprogrammet ser ein ikkje lenger, det førebyggjande paradoks; “kvifor skal vi vaksinere oss?”. Vaksiner har vore med å utrydda nokon sjukdomar, og den oppveksande generasjon har ikkje erfart desse sjukdomane på kroppen: “folk har nok ei heilt anna innsikt og forståing av smittsame sjukdomar i dag fordi at medisinen har suksesshistorie når det gjeld god hygiene og førebyggjande vaksiner”, uttrykte informant 9. Informant 5 kunne fortelje at han hadde møtt ein forelder som var historikar, og “han var veldig glad for å ha vaksiner, det skulle ungane hans ha, sett i eit historisk perspektiv”. Vidare fortalde informant 9 at det gjerne var på grunn av det førebyggjande paradoks at folk danna seg “lettare tankar om at dette vil ikkje eg vere med på, å sprøyte noko inn”. Når det gjaldt korona var det fleire som var redde for at det vart sprøyta microchips inn: “då tilbydde eg jo at vi skulle ta ut vaksine, så kan vi leggje det under mikroskop, så kan du få kike sjølv”.

Fleire av informantane påpeika at “alle vil jo som oftast ungane sine det beste”, og “dei gjer ikkje dette for å gjere ungane sine ilt”. Det kunne vere ekstra utfordrande å ta val når det gjekk utover andre enn deg sjølv. For foreldre kunne det gjerne vere “eit val av to onder”, som informant 5 uttrykte. Dei kjenner gjerne på eit dilemma, dei tykkjer det hadde vore godt å vore beskytta mot sjukdomen, på same tid som dei er skeptiske til at borna deira skal ha stoff inn som “kanskje ikkje er bra for kroppen”. Folk tek val for å beskytte seg og sin familie, og “eg opplever jo aldri at nokon ikkje vil vaksinere ungane sine fordi dei vil bruke dei som forsøkskaninar og tenkjer at det er ikkje så farleg om dei vert sjuke”, uttrykte informant 3. Det var meir for å beskytte dei veldig, og så hadde dei nokre gonger oppsøkt kunnskap. Andre gonger var dei berre redde. Då kunne litt rettleiing gjere at dei kom på gli, kanskje når ungen vart litt større. For helsepersonell i diskusjonar med folk om biverknadar og “onder” som følgjer med vaksinen, handla det gjerne om å få sett det litt i perspektiv. Kva var plagene med sjukdomen? I prat med ungdommar som var redde for stikket og for smertene i armen, snakkar dei gjerne om at det hadde blitt mykje meir stikk om alternativet var sjukdomen. Det kunne vere vanskeleg for helsepersonell også, når foreldre ikkje ønskte å vaksinere ungane sine. Slik uttrykte informant 10 dette:

Det er jo av og til vårt dilemma, sant. At når vi snakkar med foreldra og så vil vi ungane sitt beste. Det hadde vore enklare å snakke med ein vaksen om, om å velgje å vaksinere seg sjølv eller ikkje. Men her er det jo ungar som ikkje får bestemme sjølv. (Informant 10)

5.2 Det faglege i sentrum

Tema nummer to handlar om helsepersonellet sine beskrivingar om viktigeita av alltid å ta utgangspunkt i faget sitt i møte med folk. Det gjekk ut på at helsepersonellet skulle sikre at folk tek informerte val knytt til vaksine eller ikkje. I dette ligg og eit ansvar i fortløpande å oppdatere seg fagleg i truverdige kjelder. I tillegg var det nødvendig for helsepersonellet å ha kommunikasjonsferdigheiter på plass, og nytte ulike kommunikasjonskanalar for å nå ut med kunnskap til folket. Tre subkategoriar vart analysert fram: “informasjon - gode kunnskapskjelder og tilpasse etter behov”, “oppdatert kunnskap - heilt avgjerande” og “kommunisere budskapet - sakleg, tydeleg og i fleire kanalar”.

5.2.1 Informasjon – gode kunnskapskjelder og tilpasse etter behov

Helsepersonellet gav uttrykk for at dei alltid hadde tilgang på informasjon som kunne stolast på. Dette gjaldt både informasjon til seg sjølv, men og informasjon til foreldre, inkludert informasjonsskriv før vaksining, og filmsnuttar som kunne visast til skuleelevar. Folkehelseinstituttet vart nemnd som ei kjelde til god informasjon på fleire ulike språk. Som informant 1 sa, så var det ikkje berre det enkelte helsepersonellet som dreiv med informasjonsarbeid: “Så gjer jo på ein måte myndighetene jobben for oss og (...), det er jo veldig mykje informasjon ut”. Kva form for informasjon helsepersonellet meinte at personar som er skeptiske til vaksiner burde bli møtt med varierte ut i frå kva som var opphavet til skepsisen. Uttrykk som “trur ikkje det er noko oppskrift på korleis møte”, “spørje kva det handlar om” og “så er det jo tilpasse informasjonen” var attergangarar. Målet med informasjonen var å sikre at dei som var skeptiske til vaksiner takka nei på vilkår der dei hadde fått informasjon. Ei utfordring kunne vere at helsepersonellet og personar med skepsis sat på ulik informasjon, noko som informant 4 uttrykte på følgjande måte:

Det er i alle fall å sikre at dei har nok informasjon då, det er i alle fall det eg alltid tenkjer på. I alle fall at dei føler at dei har nok informasjon til å ta den avgjersla liksom. Så er det jo slik at dei aller fleste opplever nok at dei har det, sant, men at det er frå ulik, feil, eller ulik (informasjon), ikkje same plass som vi får vår informasjon

frå då. (Informant 4)

Uansett om personane helsepersonellet møtte sat på anna kunnskap, hadde helsepersonellet sitt mandat som skulle utførast ved å informere. Eine informanten poengterte at det med å bruke litt tid, forklare og skrive ut kunne få den andre parten til i alle fall å tenkje over informasjonen. Tillit var ein føresetnad for at mottakarane av informasjonen skulle tru på det helsepersonellet sa, og for at dei skulle tenkje at helsepersonellet kunne vere ei kjelde til informasjon. Informant 9 fortalde at “ til meir informasjon helsepersonellet kan gå ut med, og vere fagleg gode og saklege, så er det ein måte å møte vaksineskepsis på”. Sakleg informasjon om vaksinen, kvifor vi vaksinerer, effekt og moglege biverknadar var viktig å snakke om. Det var gjerne same type informasjon som vart gitt til alle, om vaksiner som vart tilbydd. Eksempelvis at mange av vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet hadde vore sidan 1950-talet, at det var trygt og forska mykje på med omsyn til biverknadar. Det var tydelege tal å vise til, som inkluderte fakta over tid og kunne grunngje kvifor det var greitt å vaksinere. Sjølv om vaksiner kunne føre til biverknadar, så var det verre med alternativet ved at sjukdomen vart gjennomgått. På same tid, som to informantar påpeika, skulle ikkje informasjonen bere preg av skremselspolitikk. Det med flokkimmunitet, særleg med tanke på utanlandsreiser, vart og trekt fram som viktig informasjon om kva reell fare eit barn kan utsetjast for:

Det er viktig og å informere, ja som sagt, dei får jo beskyttelse, flokkbeskyttelse, av at så mange vaksinerer seg. Men, for eksempel, om dei seinare reiser til utlandet, nokre stader så kan det jo vere at dei ikkje er beskytta i andre land, sånn som med meslingar, at det er eit utbrot her og der. Det er viktig at dei blir litt sånn sakleg informerte, og at dei då må vere litt ekstra obs (...) for då er ikkje barnet beskytta, at dei må ha det i bakhovudet. (Informant 2)

Av og til måtte det og byggjast endå meir opp på informasjonsbiten enn det enkeltståande helsepersonell. Eit eksempel på dette kom informant 1 med, der det var eit somalisk barn som hadde utvikla symptom på autisme, og foreldra trudde det var på grunn av MMR-vaksinen. Då vart det organisert eit samarbeid med utgreiande lege i tenesta for barne- og ungdomspsykiatri. På denne måten fekk familien den medisinske forklaringa på kva autisme var, at det var medfødd og at barnet hadde utvikla symptom lenge før han fekk vaksinen. Det var viktig å sørge for informasjon då ryktet spreidde seg i det somaliske miljøet. Når det

gjaldt barnevaksinasjonsprogrammet, så sa informant 10 at informasjon kunne vise til at det “er jo så sjukt strengt i forhold til noko (vaksiner) som ein skal tilby heile befolkninga av friske ungar på ein måte, i forhold til biverknadar”.

5.2.2 Oppdatert kunnskap – heilt avgjerande

Helsepersonellet var opptatt av at dei måtte sitje på oppdatert kunnskap og fakta, dette gjaldt uansett kva område i helsevesenet dei jobba i. Informant 9 oppsummerte dette på følgjande måte:

Dette er jo ikkje annleis enn alt det andre vi driv med i helsetenesta. Vi må gjere det på ein så god måte, med god relasjonsbygging, omdøme, som vi gjer, og vi skal vise at vi har faglegheita på plass. Derfor må jo helsepersonellet ha så god og oppdatert kunnskap som mogleg. Men, ein arbeider ikkje annleis her enn i andre felt når vi skal få folk til å vise god etterleving og ta dei medisinarane som er så viktige. (Informant 9)

Kor kunnskap som var til å stole på kunne søkjast etter gav helsepersonellet uttrykk for at dei var klar over. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet sine sider var aktuelle stader å lese seg opp, og Folkehelseinstituttet svarte kjapt på mail eller telefon ved spørsmål om vaksineintervall eller dosering. Folkehelseinstituttet sine sider var helsepersonellet gjerne innom kvar veke, og der var det oppdatert informasjon. Det var og mogleg å få varsel på e-post når det kom endringar. Mange av dei personane som uttrykte vaksineskepsis hadde “ofte lest ein god del”, og helsepersonellet kunne “verte arrestert”. Det var difor ein føresetnad for helsepersonellet å vere oppdatert. Det eksisterte og utfordringar med tanke på kva som var truverdige kjelder til kunnskap. Når helsepersonellet viste til Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet som kjelde til kunnskap, så fortalde informant 10 at motparten kan verte “litt fnyst” - fordi det var myndighetene, staten - og staten ville at alle skulle vere godt vaksinerte.

Helsepersonellet gav uttrykk for at når folk hadde litt “naturleg” og “god” skepsis, så gjorde det at helsepersonellet vart skjerpa og oppdaterte seg fagleg. Som helsepersonell måtte dei oppdatere seg slik at fleire kjelder kunne svarast ut, både nasjonale, og internasjonale kjelder slik som artiklar frå WHO. “Vi må vere oppdaterte på kunnskapen, og må på ein måte vere på heile tida. Her endrar kunnskapstilfanget seg dramatisk, nesten dagleg” uttrykte Informant 9, og viste til koronapandemien der sanninga og kunnskapstilfanget har endra seg stadig. Dette stilte krav til helsepersonellet, understreka informant 9. Når helsepersonellet hamna i

situasjonar med personar med vaksineskepsis, så ville dei gå inn og lese for å kjenne seg trygg i møte med spørsmål, i følgje informant 4. Informant 3 beskreiv sitt ansvar for å vere fagleg oppdatert i rolla som helsepersonell på denne måten:

Som helsepersonell så har vi ganske stort ansvar når vi tiltrer i arbeid som helsesjukepleiarar å sørge for at vi heile tida har den kunnskapen, då. Men om vi heile tida les og har kunnskapen, det er noko heilt anna. Eg har ikkje lov til å setja meg ned og seie at “det har ingen sagt til meg”. Eg har jo plikt til å sørge for, i og med at eg er arbeidstakar, så har eg plikt til å sørge for at eg er stødig på det, så viss eg møte det, og føle at det eg har er for tynt, så må jo eg oppdatere meg og gå inn på folkehelse(instituttet) og, ja. (Informant 3)

5.2.3 Kommunisere budskapet – sakleg, tydeleg og i fleire kanalar

I arbeidet med å nå ut med informasjon var måten ein kommuniserte budskapet på viktig. Det måtte vere “veldig tydeleg” og “lett tilgjengeleg”, uttrykte informant 9. Denne informanten engasjerte seg i arbeidet med å breie ut kommunikasjonen frå helsepersonellet, eksempelvis informasjon om korona, noko som vart gjort i møte med pasientar, men og via kommunal heimeside og legekantoret sine sider. Informant 9 hadde og vore mykje i kontakt med media, NRK lokalt og lokalavisene i området, i tillegg til podcast på nærradioen ein gong i veka.

Det å vere sakleg vart trekt fram som nødvendig for å sikre god formidling. Media hadde og fått ein større og viktigare plass, så lenge dei heldt den anstendigheita dei gjorde, noko informant 7 supplerte med følgjande: “Ja, det har jo vore ein god kommunikasjons- eller informasjonskanal for oss. I koronavaksineringa så har media her lokalt vore til god nytte for oss, heilt avgjerande for å nå ut. Så vi har gode erfaringar med det”. For at media skulle vere ein ressurs, var det derimot ein føresetnad at helsepersonellet tok styringa og måtte bruke den aktivt. Media kunne og lage unødvendig skepsis med svartmaling, der enkeltsaker vart heva fram og fekk stor plass. Det kunne vere ei fare for generalisering. Informant 9 beskreiv utfordringa med media på følgjande måte:

Ja, så er det jo ein ulempe det at media har ofte, slår opp oppslag som er openbart veldig krevjande, lite kunnskap frå journalisten. Og det at vi skulle no bruke mRNA-vaksine, det var jo forferdelege greier, og veldig mange lurte på det, og kor trygt det kunne vere. Men, når vi imøtekjem dei med fakta og kvifor vaksinene vart

framstilt så fort som dei vart, og kva mRNA egentleg er, så har nok det landa seg ganske bra. Men det var veldig fokus på dei nye namna, og orda som folk tykkjer var skumle. Så for vi som har innsikt i patologi og virologi så er ikkje det vanskeleg å svare ut det. (Informant 9)

5.3 Omdømebygging i alt vi gjer

Det tredje temaet går ut på helsepersonellet sitt ansvar for å jobbe med omdømet sitt.

Helsepersonellet gav uttrykk for at dei alltid, heile tida, skulle tenkje på omdømebygging.

Dette fordi å sikre eit godt omdøme ville vere avgjerande for at folket skulle ha tillit til og nytte seg av helsetenestene, og vite at dette var trygt og lagt til rette for den enkelte. Dette handla og om at helsepersonellet sjølv måtte ha tillit til helsesystemet og retningslinene sine, vart det peika på. Det hjelpte ikkje å sitje på all kunnskapen dersom mottakar ikkje ville høyre, og helsepersonellet var klare på at det å bevare ein god relasjon var essensielt.

Følgjande tre subkategoriar vart identifisert: “bevare relasjonen”, “tillit til eige system” og “tilrettelegging”.

5.3.1 Bevare relasjonen

Helsepersonellet uttrykte tydeleg den type profesjonalitet som handla om verkeleg å ha respekt for den andre og verdien av å behalde ein god relasjon. Kommunikasjonsferdigheiter og relasjonskompetanse som motiverande intervju vart trekt fram av informant 6 og 7 som viktig kompetanse i kombinasjon med det å ha fagleg kunnskap. Informant 5 viste og til viktigheita med kommunikasjon, og det å få til ein dialog der dei personane som var skeptiske kunne komme på bana og kanskje få ei forståing for sitt standpunkt. Noko som gjekk igjen var det at helsepersonellet i kommunikasjon skulle stille seg open og vere spørjande kring kva som låg bak skepsisen.

Helsepersonellet som jobba med barn poengterte at dei måtte ha ein god relasjon til familien, på bakgrunn av at dei leverte helsetenester til barnet deira. Barna skulle jo følgjast opp over år. Det var viktig at dei som kjem til helsestasjonen følte seg trygge og tatt vare på, slik at dei stilte spørsmål dersom dei lurte på andre ting om helsa til barnet - vaksinerte eller ei.

Informant 9 uttrykte dette med at helsetenestene var for alle, slik: “Så, vi skal møte alle, for vi er altså ei helseteneste for alle innbyggjarar, og ingen skal føle at det skal vere vanskeleg å møte oss, sjølv om dei ikkje ønskjer vaksiner”. Vaksinerings var trass alt eit frivillig, men anbefalt, tilbod, og synet til dei som valde det vekk måtte respekterast. Dei aller fleste tok i

mot tilbodet i Noreg, så det var ei veldig lita gruppe. Det hadde ingen hensikt å drive med polariserande verksemd med omsyn til dette, eller å gå inn i ein diskusjon og argumentere mot dei. Når nokon hadde bestemt seg for ikkje å ta vaksiner, så kunne ikkje helsepersonellet ta det opp på kvar konsultasjon, men måtte la det liggje og tenkje at det var noko som låg bak. Då måtte helsepersonellet roe ned, og ikkje “pushe på” som kunne gjere “vondt verre”. Dei skulle ikkje føle seg mistenkeleggjort. Informant 4 illustrerte sin erfaring med korleis det å ta opp tematikken med ei som vart mor for andre gong kunne gå utover relasjonen på følgjande vis:

Då eg gjekk gjennom barnevaksinasjonsprogrammet, som vi gjer på heimebesøk, i alle fall nemner og viser informasjon om det. Men det var heilt slik, dei var så leie, piggane ut med ein gong. Eg tenkte sånn “shit, shit”. Det var første gong eg helste på dei, at det har vore litt vanskeleg å kome på sporet igjen med den mora etter heimebesøket. (Informant 4)

Uttrykket “Rulle med motstand”² var noko fleire nemnde som sentralt. På eit tidspunkt måtte ein runde av og verte “litt ferdig snakka”, og ikkje kome med ny informasjon. Dette med utgangspunkt i at tilliten måtte oppretthaldast og forholdet bevarast, som dei såg på som det viktigaste. Dersom dei ikkje ville høyre på, hjalp det ikkje at helsepersonellet sat på all teorien. Det var alt å vinne på å behandle dei med respekt og tillit uavhengig av haldning til vaksiner, slik informant 3 fortalde: “så er ikkje du automatisk ein dårleg forelder, så det er jo kjempeviktig å få god oppfølging sjølv om”. Det å etablere ein relasjon vart og sett på som ein føresetnad for å kunne ta opp tematikken på ein god måte. “Så vil eg sjekke ut kva som ligg bak skepsisen på ein open og nysgjerrig måte”, uttrykte informant 7. Vidare var det å setje av tid, lytte og ha ein dialog viktig. Helsepersonellet på helsestasjon meinte at dei hadde tid til å høyre på foreldra, og tid til å opprette tillit. Det var ikkje “kjapp, kjapp, kjapp”. Det var og sett på som positivt at det var ei lågterskel teneste med regelmessige møter i løpet av barnet sine første fire år. Ein god relasjon vart sett på som grunnleggjande over heile linja i helsetenesta, noko informant 6 oppsummerte på følgjande måte: “ein god relasjon er nesten det viktigaste oppi det meste”.

² Motstand er ein naturleg del av endringsprosessen i motiverande intervju (Helsedirektoratet, 2017). Hjelpar bør møte motstanden ved å reflektere tilbake personen si ytring. Då visar hjelpar at han forsøker å forstå personen sitt perspektiv utan å dømme. Ved i tillegg å vere aktivt lyttande, anvende opne spørsmål og undersøkje personen sin kotnroll og fridom til å sjølv bestemme over endring, kan motstanden dempast (Helsedirektoratet, 2017).

5.3.2 Tillit til eige system

Noko som og vart trekt fram med tanke på truverd og tillit, var viktigheita av at helsepersonellet var lojale mot eigne retningslinjer og anbefalingar. Helsepersonellet uttrykte at det var avgjerande at helsepersonellet hadde tilliten til eige helsesystem som låg til grunn for alt dei gjorde. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet tok avgjersler for helsepersonellet, og i rolla som helsesjukepleiar var det nødvendig å ha tillit til dei. Eit av ansvarsområda for helsesjukepleiarar var nettopp å sikre vaksinasjonsdekkinga i barnevaksinasjonsprogrammet, og då kunne det oppstå dilemma når tilliten ikkje var der. Informant 1 uttrykte dette slik:

Problemet er jo når nokon i vår gruppe går ut og er så sterke i dei meiningane, fordi at dei er jo med og representerer oss og. Eg vil ikkje gå ut å representere andre enn Folkehelseinstituttet, du vil jo stå støtt på dei beina som ligg i forskinga. Det er jo eit dilemma av og til. (Informant 1)

Det bydde på utfordringar om det ryktast at ein helsesjukepleiar nekta å vaksinere sine eigne barn, eller om ein lege ikkje ville ta medisinar som andre skulle ta. “Så er det klart at truverda går ned, og det skadar omdømet” uttrykte informant 9. Teamarbeid vart og henta fram som ein faktor som kunne styrke tilliten, for då var det synleg at det ikkje er forskjellige krefter som “prøver å få til noko”, men at helsetenesta var “ein”. Helsepersonellet i den minste kommunen uttrykte at dei var gode på teamarbeid, som gjorde at dei vart stolt på. Det var ein mogleg faktor for høge rater på vaksineringsen. Fleire av helsepersonellet hadde erfart å få spørsmål om dei skulle vaksinere seg med eksempelvis influensa- og koronavaksine. Det kunne sjåast på som ei stadfesting, å stå fram som eit godt eksempel, som informant 1 sa: “at du er eit godt eksempel, har moralsk forplikting”. Det var noko som skulle ligge i botn som helsepersonell. På same tid var det ikkje slik at dei som helsepersonell ikkje hadde lov å vere “kritisk” eller “undrande”, men du måtte vere bevisst på kva du skreiv og sa, både på jobb og som privatperson. Som Informant 3 uttrykkjer, kunne det ha stor påverknad for folk flest dersom helsepersonell stilte spørsmål ved vaksiner:

Det er veldig utrygt for befolkninga, det ser ein om nokon med helsefagleg bakgrunn er foreldre i ein klasse, til dømes legar, og dei velgje vekk ei vaksine. Det har ganske stor påverknad akkurat i den klassen, for då lure dei andre på om det helsepersonellet veit noko resten ikkje veit. Om helsepersonellet stiller spørsmål ved det, sjølv om

spisskompetansen deira ikkje er vaksine, så lurar dei andre på kva den personen veit som ikkje dei har fått informasjon om. (Informant 3)

5.3.3 Tilrettelegging og tryggleik

Helsepersonellet var, med all vaksining, også opptatt av at dei gav moglegheit for personar å kome att dersom dei ikkje var klare for å ta vaksinen. Dette uttrykte informant 7 på følgjande måte: “Og det gjeld både barnevaksiner og koronavaksinen. Det er ein moglegheit for å kome att”. I slike tilfelle sa dei at dette kunne dei prate om igjen om for eksempel ein månad, og at dei når som helst kunne ombestemme seg. Det var tydeleg at det ikkje var noko problematisering av slike situasjonar. “De har rett på vaksine når som helst” uttrykte informant 3 at han gjerne formidla til dei som ikkje var klar for vaksine. Som nemnd tidlegare, kunne det vere ulike årsaker som låg bak det å takke nei til vaksiner. Å leggje til rette for trygge og gode rammer for dei som var redde og kjente på ekstra kjensler knytt til vaksining var noko helsepersonellet frå gruppeintervju 2 nemnde som dei hadde god erfaring med. Dei som hadde vore redde har fått tilbod om å kome på legekantoret eller helsestasjonen, i staden for fellesvaksining i idrettshall. Det var viktig av å etablere ein kultur kor alle vart møtt med tryggleik. Vidare var det viktig å leggje til rette for effektiv vaksining, i samband med pandemien. Samanlikna med Bergen, så uttrykte informant 9 at “vi gode på logistikk” og “organisert slik at folk slepp køar”. Dette styrka omdømet og viste at vaksiningen var effektiv og trygt:

(Det) å etablere ein kultur kor vi møter alle med tryggleik, vi skryt veldig av dei som kjem no på slutten til første dose. Det er sjølvforsterking, at alle skjønar at dette er eit godt tilbod, dette er trygt, vi vert pent tatt vare på, sjølv om dei har vore skeptiske og så vidt kome. Når vi jobbar med omdømet må vi kvar dag tenkje gjennom korleis vi ter oss ovanfor å signalisere til våre pasientar. Til betre omdøme vi har, til lettare får vi folk å kome til vaksiningen, slik som til all behandling. (Informant 9)

6.0 Diskusjon

Problemstillingane i denne studien er altså: 1) Kva erfaringar har helsepersonell i møte med personar som er skeptiske til vaksiner? 2) Kva meiner helsepersonell er konstruktive måtar å møte pasientar og pårørande som er skeptiske til å la seg vaksinere? 3) Kva informasjon meiner helsepersonell er den viktigaste å bidra med i møte med vaksineskepsis? I denne delen av oppgåva drøftast problemstillingane i lys av studien sine hovudfunn, tidlegare forskning og sentrale teoretiske omgrep på området. Til slutt vert metodiske og metodologiske styrker og svakheiter ved oppgåva diskuterte.

Summert opp viser studien sine funn at helsepersonell møter personar med ulike former for skepsis; alt frå det dei kalla “sunn skepsis” til dei som har bestemt seg på førehand - meir konspiratorisk skepsis. Helsepersonellet uttrykte at det viktigaste var å bidra med fagleg grunna informasjon, gjennom god kommunikasjon, til alle som tek i mot helsetenester. Å byggje eit godt omdøme låg som ei kjerne i dette. Det var vidare vesentleg for helsepersonellet å ta vare på relasjonen, respekten og tilliten mellom dei som søker og dei som gjev helsetenester. Det er helsepersonell sitt mandat å sikre god vaksinasjonsdekking i landet, men helsetenester er likevel meir enn vaksiner. Vidare vart det peika på at informasjonen bør tilpassast personen som skal ta i mot med hensikt om at eit informert val vert tatt. Helsepersonellet uttrykte også at dette stiller krav til at dei har oppdatert kunnskap, tillit til eige helsesystem og respekt for personen sin rett til å ta det endelege valet.

6.1 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet løftast viktigheita av å arbeide med omdøme ved å byggje og bevare relasjonen mellom helsepersonell og menneska som er mottakarar av helsetenestene. Eg vil og drøfta balansegangen mellom det å sjå at sunn skepsis er bra, på same tid som at den skepsisen som er irrasjonell skal handterast på ein fornuftig og respektfull måte.

6.1.1 Relasjonen mellom søkjaren og gjevaren av helsetenestene

Funna i min studie synleggjer kor viktig helsepersonellet tykkjer det er å arbeide med omdømet sitt, både i møte med enkeltindivid, men og tenkje over korleis dei ter seg offentleg. Helsepersonellet la vekt på å få ein dialog der dei som var skeptiske kunne kome på bana og for kanskje få forståing på sitt standpunkt. Profesjonaliteten med å arbeide for å få ein god relasjon mellom søkjar og gjevar av helsetenestene låg som ei bærebjelke blant helsepersonellet. Det å ta vare på respekten for den enkelte sin rett til å ta det endelege valet, samt å unngå polariserande verksemd og å gå inn i argumentasjon var noko som vart nemnd.

Kärki (2021) peikar og på at media og dei som skal ta avgjersler bør unngå å prate om vaksinasjon frå eit polariserande perspektiv. Fokus på pro- og antivaksinering bør unngåast. Dersom ein tenkjer omdøme i dette, vil det gjerne vere avgjerande korleis helsepersonellet uttrykkjer seg i media. Respekten for den enkelte person bør og speglast i møte med aviser og andre medium. Forskinga til DiRusso og Stansberry (2022) tyder på at grunnleggjande forståing av antivaksinasjonskultur kan bidra til å forbetre kommunikasjon med fokus på likskapar, delte mål, verdiorientert budskap og informasjon i sosiale media. I det å arbeide med relasjonen ligg gjerne det å klare å nå ut med informasjon til målgruppa. Vaksiner bør snakkast om på ein måte som appellerer til vaksineskeptikarar sine eigne personlege erfaringar (DiRusso & Stansberry, 2022). Ei utfordring Helse- og omsorgsdepartementet (2019b, s. 6) set fokus på er å gjere helsepersonellet bevisste på pasienten og brukaren sin helsekompetanse, og å tilpasse kommunikasjonen til mottakar si evne til å handtere og bruke informasjonen. Då er det mogleg at det trengst meir kunnskap om korleis informasjon kan appellere og vert teke på alvor i denne gruppa av befolkninga. Tilsvarande kan det sjå ut til at foreldre ønskjer vaksineinformasjon tilpassa deira behov og deira barn, og informasjonen må appellere til verdiane deira (Olson et al., 2020).

Funna i min studie viste at det å skape og oppretthalde ein god relasjon var noko helsepersonellet var veldig bevisste på. Utan ein god relasjon i behald, var ikkje tilliten til helsepersonellet der heller. Kommunikationsferdigheiter og relasjonskompetanse som motiverande intervju vart og trekt fram av helsepersonellet i min studie som viktig kompetanse kombinert med fagleg kunnskap. Olson med kollegaer (2020) viste at for at intervensjonar og kommunikasjonsstrategiar skal lukkast med å førebyggje og å handtere vaksineskepsis kan personen bak vere like viktig som sjølve budskapet. Helsepersonellet i min studie sa i likskap at dei kan kome med så mykje informasjon dei berre vil, men det er ikkje hjelp i om mottakaren ikkje vil høyre på. Motstanden vart gjerne ytterlegare styrka dersom helsepersonellet pusha på, dermed var det nødvendig å roe situasjonen. Studiar har vist at foreldre er mottakelege for budskapet berre om dei ser på bodberaren som truverdige og pålitelege (Olson et al., 2020). I utgangspunktet er helsepersonell den føretrekte kanalen for å formidle vaksineinformasjon til foreldre. Det ser ut til at det ikkje berre har noko å seie *kva* kunnskap og informasjon helsepersonellet formidlar, men og *kven* som formidlar det og *korleis*. Funna mine viser at det er ein balanse mellom å halde på relasjonen og handtere den skepsisen som er irrasjonell på same tid som at sunn skepsis vert sett på som noko bra. Det

var eintydig for deltakarane at det å bevare respekt og relasjon var det viktigaste på alle områder i helsetenestene, det var heilt grunnleggjande for å sikre eit godt omdøme.

DiRusso & Stansberry (2022) peika på at personar som er skeptiske til vaksiner gjerne er følsame for trua på at andre ser på dei som lite utdanna eller at dei manglar informasjon. Basert på dette er utgangspunktet at ein i kommunikasjon skal tenkje at helsepersonell og mottakar av helsetenester er likeverdige partar, sjølv om ein i utgangspunktet er ueinige. Helsepersonellet som vart intervjuva i min studie kunne fortelje at dei som var skeptiske til vaksiner ofte hadde lest veldig mykje, berre frå andre kjelder enn dei helsepersonellet nyttar. I lys av teori om myndiggjering kan det tenkjast at korleis helsepersonellet skal nærme seg personen kan utfordrast, for å sørge for at det vert tatt eit informert val relatert til eiga eller eigne born si helse. Helsepersonellet skal vere pasienten sin samarbeidspartnar, eller hjelpar, i prosessen med myndiggjering (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 240). I den samanheng skal helsepersonellet vere meir ein rettleiar enn den tradisjonelle hjelparen. Det er i situasjonar prega av tillit, fellesskap, tryggleik og gode relasjonar at myndiggjering vert fremja.

Helsepersonellet kan satse på strategiar som å behandle personar som er skeptiske til vaksiner som ein del av ei “ekspertgruppe”, i staden for å prøve å skulere dei (DiRusso & Stansberry, 2022). Ut frå dette kan gjerne verdien av som helsepersonell å vere undrande i møte med personar med vaksineskepsis vere stor. Begge sin kompetanse skal verdsettast med mål om å bidra til auka felles forståing (Tveiten, 2020, s. 215). Positive ringverknadar med å arbeide med omdøme var noko som vart skildra av den eine informanten i studien min. Når helsepersonellet jobbar med omdøme må dei kvar dag tenkje gjennom korleis dei ter seg ovanfor pasientane deira; til betre omdøme helsetenestene har, til lettare vil folk kome til vaksiner og behandling generelt. Omdøme er tett knytt opp mot tillit. Dette kan gjerne sjåast i samanheng med Kerrigan (et al., 2020) sin oversiktsartikkel som viste til at manglande tillit kunne vere ei årsak til vaksineskepsis (Kerrigan et al., 2020). Ei undersøking gjort for UNICEF (2021) i Noreg viser at 7 av 10 nordmenn har høg tillit til myndigheitene sin informasjon om vaksiner, og at det er låg grad av vaksineskepsis. Dette er noko vaksinasjonsdekkinga i landet reflekterer. Det er eit godt utgangspunkt for helsepersonellet sitt arbeid og relasjonen til pasientar og brukarar. På den andre sida; korleis kan helsepersonellet klare å bevare relasjonen når tematikken er betent?

Det kan sjå ut til at uheldige hendingar kan verke inn på relasjonen. Dette erfarte eine informanten i studien min, som under heimebesøk til ei nybakte mor hadde nemnd dette med at helsestasjonen tilbyr barnevaksinasjon. Den nybakte mora gjekk i forsvar med ein gong, og helsepersonellet følte det var vanskeleg å komme på sporet igjen seinare. Dette eksempelet illustrerer det Tomljenovic et al. (2020) seier; barnevaksinasjon er eit kjenslemessig tema. På helsestasjon vert barnet og familien følgt over fleire år, og vaksiner er berre ein liten del av kva råd og hjelp som vert tilbydd der. Det er menneske som helsepersonell skal møte vidare i det lange løp. All vaksinasjon i Noreg er dessutan eit frivillig, men anbefalt, tilbod (Folkehelseinstituttet, 2021b, s. 51). Kärki (2021) seier vidare at personar med vaksineskepsis sjeldan er meint å vere gratispassasjerar, det bør heller sjåast på eit forsøk å forlate eit offentleg gode. Det er viktig at familiarne kjenner seg ivaretekne, slik at dei kan kome med andre spørsmål som dei lurar på kring barna si eller eiga helse. Som mine funn synleggjer, oppfatta ikkje helsepersonellet at det var fordi foreldra ville ungane sine vondt at dei eventuelt takka nei til vaksiner, det var for å beskytte dei. Det er kunnskap som moglegvis kan vere nyttig å ha i bakhovudet i møte med foreldre som er usikre.

6.1.2 Viktigheita av oppdatert kunnskap og å breie ut informasjonen

Studien min viste at faglegheit og god formidling var noko som stod høgt i kurs blant helsepersonellet i arbeidskvardagen deira, noko som og vart knytt til omdømebygging. Det handla både om at helsepersonellet sjølv til ei kvar tid skulle vere fagleg oppdaterte, men at dei og hadde eit ansvar for å sørge for at mottakarane av helsetenestene takka ja eller nei til vaksiner på vilkår der dei hadde fått informasjon. Media kunne og nyttast som ein kommunikasjons- og informasjonskanal, med atterhald om at helsepersonellet gjekk aktivt inn for å formidle fakta for å unngå feilinformasjon og misforståingar. Ei utfordring som kom fram var særleg det å følgje med på alle endringane i lovverk og retningsliner under koronapandemien, dette var utfordrande både for helsepersonellet og for folk flest. Dette kan sjåast i samanheng med Lockyer et al. (2021) sin kvalitative studie som viste at dei tju informantane frå ulike etniske grupper og områder hadde vorte møtt med eit breitt spekter av feilinformasjon om koronaviruset, noko som førte til emosjonelle vanskar som forvirring, stress og mangelfull tillit.

Mine funn tyda på at det ikkje var like lett å møte personar som leste og støtta seg til andre kjelder enn den forskinga helsepersonellet støttar seg til. I dagens samfunn vert befolkninga stadig eksponerte for påstandar og informasjon om kropp og helse, av varierende kvalitet

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 8). Internett er til dømes mykje brukt for å søkje etter informasjon om sjukdom, helse og behandling. Eksempelvis brukte eit fleirtal av deltakarane i studien til Peretti-Watel (2019) internett for å finne informasjon om helseutfordringar generelt og vaksinasjon. Algoritmane i sosiale media kan gjere det vanskelegare for faktabasert kommunikasjon frå myndigheitene å nå fram til alle, når det er nokon grupper som hentar informasjonen sin utanfor tradisjonelle medium (Folkehelseinstituttet, 2021b, s. 51). Dette kan føre til at feilinformasjon kan få større rekkevidde også i Noreg.

På bakgrunn av at dei fleste ikkje har mykje kunnskap om vaksiner sjølv, er valet om å la seg vaksinere avhengig av tillit til den informasjonen dei får frå helsepersonell og myndigheitene (Folkehelseinstituttet, 2021b, s. 51). I følgje Lockyer (et al., 2021) inkluderte vaksineskepsis tre hovudfaktorar; bekymring om tryggleik, negative historier og personleg kunnskap. Her kan det tenkjast at fagkunnskapen og omdømet til helsepersonellet er heilt sentralt. Folkehelseinstituttet (2021b, s. 51) peikar på at tillit til både myndigheitene sin informasjon og råd om vaksiner, samt tillit til det lokale helsepersonellet som tilbyr vaksinene vil vere avgjerande for vaksinasjonsdekkinga. Mine funn illustrerte og at helsepersonellet sjølv måtte ha tillit til sine helsemyndigheiter og retningslinene som set føringar for arbeidet dei gjer; helsepersonellet er soldatar i arbeidet. Helsepersonellet meinte sjølv at det var ei moralsk forplikting i det å vere i den rolla, å oppdatere seg fagleg og å stå fram som eit godt førebilete når det gjaldt vaksiner. Rapporten frå koronakommisjonen seier at befolkninga i Noreg har høg tillit til kvarandre og til myndigheitene (NOU 2022: 5, kap. 1).

For å nå ut til befolkninga uttrykte helsepersonellet i studien min at budskapet måtte kommuniserast sakleg og tydeleg, og i fleire kanalar - eksempelvis på kommunale heimesider, i kontakt med lokale aviser og radio. Her kunne medisinfaglege spørsmål svarast ut. Det kan gjerne vere nødvendig å ha i minnet at forskning også kan skape frykt, slik som det vart sett etter studien om at MMR-vaksinen kunne føre til autisme (NHI, 2019). Det vert i dette arbeidet stilt krav til helsepersonellet i å oppdatere seg etter kvart som behovet og samfunnet endrar seg. Regjeringa (NOU 2022: 5, kap. 1) skriv at der kommunikasjonen til befolkninga var målretta, direkte, open og ærleg under koronapandemien, førte det til ønska åtferdsendingar og til at tilliten vart tatt vare på. På same tid nådde ikkje myndigheitene sin kommunikasjon fram til heile befolkninga, dette gjaldt særleg deler av innvandrarbefolkninga. Dette kan sjåast i samanheng med det som mine funn viser, at det gjerne er fleire som takka

nei til vaksiner frå mellom anna Aust-Europa. Som Folkehelseinstituttet (2021b, s. 54) nemner er det viktig å evaluere kva kommunikasjonsiltak som har nådd ut til heile befolkninga, og kva grupper som ikkje er vorte nådd, for å sikre høg vaksinasjonsdekking også i framtida.

I arbeidet med informasjon viser Olson med kollegaer (2020) at å skape frykt bør unngåast, og at foreldre ønskjer balansert informasjon om både fordeler og ulemper med vaksining. Mine funn viser og at informasjonen ikkje skal bere preg av skremsel. Dette står i stil til det Folkehelseinstituttet seier at for at folk skal velje å ta vaksine må dei oppfatte at fordelane er større enn ulempene (Folkehelseinstituttet, 2021b, s. 51). Helsepersonellet i min studie uttrykte at dei hadde tilgang til informasjon på ulike språk både til seg sjølv og til mottakarar av helsetenestene, der dei særleg viste til Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og WHO som truverdige kjelder. Det å samarbeide tverrfagleg for å løfte informasjonsbiten endå meir fram, vart og trekt fram i mine funn. På same tid som informasjonen ikkje skal skremme, var det viktig å vise til fakta. Til dømes bør helsepersonellet formidle om at det er ein risiko for eit uvaksinert barn å reise til utlandet dersom det er meslingutbrot der. Basert på den gode vaksinasjonsdekkinga i Noreg kan det tolkast at det går greitt med dei som vel ikkje å ta vaksine. Meslingar er forøvrig årsaker av eit ytst smittsamt virus som kan føre til alvorleg sjukdom og død, særleg blant barn under fem år (Bjorvatn, 2015, s. 257). At helsepersonellet formidlar slik informasjon til foreldre kan tenkast å bidra til auka grad av helsekompetanse og verte i stand til å ta kunnskapsbaserte avgjersler. Gjennom å tileigne seg kunnskapar kan helsekompetanse gjerne vere eit middel for å oppnå større kontroll over faktorar som påverkar helsa (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 99).

6.1.3 Å møte vaksineskepsis – ein balansegang

Funna i min studie viser at det eksisterer ulike ytterpunkt av vaksineskepsis. Her er det eit kontinuum frå “sunn” skepsis, der ein vil vere ekstra godt informert i kva val ein tek, til mangelfull kunnskap, eller der ein gjerne lever i ein kultur eller livssynsrelatert kontekst som gjev ei anna forståing som kan verte ganske absolutt. Det kunne handle om skepsis til enkelte vaksiner på bakgrunn av livssyn slik som at personar som var veganarar ikkje vil ta MMR-vaksinen då den vert dyrka fram på kyllingfoster. Frykt og mangelfull kunnskap eller feilinformasjon var noko helsepersonellet hadde erfart at kunne vere årsak til skepsis. Eit eksempel på dette var at tanken om at MMR-vaksinen kunne gje autisme hang igjen i enkelte miljø. Studien til DiRusso & Stansberry (2022) illustrerer at religiøse ideologiar og tru på

naturen, inkludert kroppen, vart peika på for å forsvare ikkje å ta vaksiner, og vaksiner vart beskrive som ei forstyrning på menneske sin “immunitet frå Gud” (DiRusso & Stansberry, 2022). I dette kan det tenkjast at helsepersonell møter ei utfordring, om mottakar av helsetenestene har ein anna type kunnskap enn den kunnskapsbaserte forskinga helsepersonell knyt seg til. Korleis skal helsepersonellet då bidra til at mottakar av helsetenestene har god nok helsekompetanse slik at dei kan forstå, vurdere og nytte helseinformasjon (Helsedirektoratet, 2021) i vala som skal takast?

Når tankar som at vaksiner forstyrrar kroppen sin naturlege evne til å nedkjempe sjukdom er tilstades (DiRusso & Stansberry, 2022), kjem ein gjerne som helsepersonell litt til kort. Eit eksempel på dette kan vere som ein av mine informantar uttrykte, at kroppen skal byggje sitt eige immunforsvar og gå gjennom den ekte sjukdomen. I tenkinga om myndiggjering er det jo og sentrale prinsipp å anerkjenne pasienten sin kompetanse på seg sjølv (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 242). Vidare viser funna mine at helsepersonellet erfarte at folk dei møtte hadde ulike grader av vaksineskepsis, noko som og var ein faktor med omsyn til korleis dei skulle nærme seg samtalen. Der motstand vart møtt, frå dei som støtta seg til ei anna forståing, og helsepersonellet følte at dei ikkje kom nokon veg, var det gjerne ikkje så mykje meir å gjere. Dei peika på ei grense knytt til gjentaking av informasjon, der ein kunne ende med å verte oppfatta av brukar som respektlaus. Dette kan samsvare med Olson med kollegaer (2020) sine funn som viste til at argument mot konspirasjon ikkje ser ut til å vere effektivt for å auke personen sin intensjon om å vaksinere seg. Likevel viser Lockyer et al. (2021) i sin kvalitative studie at vaksinasjonsprogram aktivt bør arbeide for å tale imot feilinformasjon. Når det er snakk om konspiratorisk skepsis er det gjerne feilinformasjon eller kunnskap frå andre kjelder enn helsepersonell sluttar seg til, det botnar i.

Vidare kom det fram i studien min at ei årsak til å takke nei til vaksiner kunne vere at kroppen naturleg skulle nedkjempe sjukdom og byggje sitt eige immunforsvar, i tillegg til at den inneheld “skumle” stoff som kvikksølv og aluminium. Dette funnet viser likskapar med Peretti-Watel (et al., 2019) sin kvalitative forskingsartikkel, men der vart det skilt mellom ei gruppe med høgare sosioøkonomisk status, og ei med lågare sosioøkonomisk status. Informantane i min studie skilte ikkje mellom personar med høgare eller lågare sosioøkonomisk status, eller nemnde det som ei årsak. Grappa med høgare sosioøkonomisk status i Peretti-Watel et al. (2019) sin studie var meir disponerte til å vurdere vaksinasjon som noko ikkje-naturleg, også her vart aluminium og kvikksølv nemnd. Naturlege løysingar for å

styrke barnet sitt immunforsvar var noko dei føretrakk. Mine funn viser noko liknande, nemleg at det å vere vegetarianar, dyrke alt sjølv og ete økologisk var noko helsepersonellet hadde møtt blant personar som var skeptiske til vaksiner; dei kunne vere veldig opptatt av å ta vare på kroppen. Tidlegare var gjerne ubehag og biverknadar knytt til vaksiner enklare å akseptere på grunn av at sjukdomsrisikoen var så stor. I den samanheng er det ikkje til å unngå å snakke om det førebyggjande paradoks. Takka vere vaksinerer ser vi sjeldan smittsame sjukdomar som polio, meslingar, kikhoste og difteri (Bjorvatn, 2015, s. 15). Som det vart nemnd i studien min har ikkje unge i dag erfart desse sjukdomane på kroppen. Spørsmål som kvifor skal vi vaksinere oss mot sjukdomar vi ikkje ser, kan gjerne dukke opp.

Fleire av helsepersonellet i min studie hadde møtt mødrer som ikkje ville vaksinere barna sine på grunn av at dei sjølv tidlegare hadde erfart reaksjonar etter vaksine. Frykt for biverknadar kan vere ein årsak til vaksineskepsis viser Kerrigan (et al., 2020) sin oversiktsartikkel. Vaksineskepsis kan og ofte stamme frå tidlegare negative erfaringar i helsetenestene (Kärki, 2021). Tomljenovic med kollegaer (2020) fann og at konspirasjonsteoriar var sett i samanheng med ubehagelege kjensler i samband med vaksiner. Vidare viste dei at å ta ei avgjersle kring vaksiner er eit personleg og kjenslemessig tema. Funna mine viser og at det, særleg ved barnevaksinasjon og problemstillinga knytt til om gravide skulle vaksinerast mot koronaviruset, var meir utfordrande fordi foreldra skulle ta val på vegne av andre - og var engstelege for kva konsekvensen kunne verte.

I lys av tenkinga om myndiggjering er helsepersonellet ekspert på det faglege området, men kunnskapen brukaren har om eige liv og eigne erfaringar må etterspørjast (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 242; Tveiten, 2020, s. 215). Det er heile tida ein balansegang mellom brukarmedverknad og ekspertpåverknad (Tveiten, 2020, s. 214). Til sjuande og sist er det den enkelte personen som skal ta valet, men det er ulike etiske dilemma som kan oppstå i dette; til dømes tanken om at ein skulle berre fått overtala dei? Funna i masterprosjektet mitt viste at det var ekstra utfordrande når foreldre skulle ta valet for barna, for barna fekk jo ikkje bestemme sjølv. På same tid var det for å beskytte ungene sine at dei ikkje vaksinerte barna, sjølv om dei gjerne tykte det hadde vore godt å vore beskytta mot sjukdomen. Det kan tenkjast at tanken om brukarmedverknad og myndiggjering i dette vert utfordra, då barn ikkje får ha siste ordet.

Vi lev i eit komplekst samfunn, og det kjem mykje informasjon ut i media. Ei utfordring kan vere media si framheving av enkeltsaker, det gjev ikkje alltid eit fullverdig bilete. Som eine informanten i min studie uttrykte er det ofte dei negative historiene som kjem fram i media. Nokon er gjerne meir sårbare enn andre som gjer at det kan styrke skepsisen, bidra til at dei let vere å møte opp for til dømes koronavaksiner. Studien til Peretti-Watel et al. (2019) viste til at eit fleirtal av deltakarane brukte internett for å finne informasjon om helse og vaksiner. Kickbusch (2013) påpeikar og at samfunnet vert meir og meir komplekst og folk vert i aukande grad bombardert med helseinformasjon og feilinformasjon, noko som viser viktigheita av helsekunnskap. Helse- og omsorgsdepartementet (2019b, s. 8) viser og til at det kan vere utfordrande for den enkelte å vite kva som er kvalitetssikra informasjon, og at informasjonen ofte er motsigande. Det skal heller ikkje stikkast under ein stol at bekymringane til dei som er skeptiske til vaksiner bør takast på alvor, for bekymringane deira kan vere med rette (Kärki, 2021). Då får dei på ein måte bekrefte skepsisen sin, som informant 5 uttrykte i min studie. Det å vere sannferdig og open om biverknadar vart og trekt fram i studien min som nødvendig for å tilliten og omdømet. Dette viser kor viktig balansen er mellom både fordelar og ulemper ved vaksinasjon (Olson et al., 2020).

Lockyer med kollegaer (2021) fann og at det å verte møtt med mykje feilinformasjon om koronaviruset kunne sjåast i samheng med forvirring, stress og manglande tillit. Så, korleis skal helsepersonellet møte denne typen skepsis? Det ser ut til å vere ein balansegang mellom å respektere den andre, på same tid som at informasjonen vert formidla. Ein føresetnad er gjerne å forstå skepsisen, vite kva som ligg bak for å kunne møte personen på best mogleg måte. Som funna til Olson et al. (2020) seier, ønskjer foreldre balansert informasjon tilpassa deira behov, deira barn, og det må appellere til verdiane deira. Helsepersonellet bør altså setje seg inn i historiske erfaringar, religiøse eller politiske tilhøyrslar og sosioøkonomiske status. Kultur er og ein faktor som kom fram i studien min, då det gjerne var overvekt av personar som var skeptiske til vaksiner frå Aust-Europa og Somalia. Helsepersonellet i min studie uttrykte at ein sunn og meir undrande skepsis vart sett på som noko positivt, i kontrast til konspiratorisk skepsis. Det gjorde mottakarane meir bevisste på kva dei tok i mot frå helsetenestene på same tid som det stilte krav til at helsepersonellet var fagleg oppdaterte. På denne måten er det gjerne mogleg at helsekompetansen kan styrkast, ved at mottakar får meir kunnskap før eit val skal takast. Ved at folk har kunnskap og forståing for faktorar som påverkar helse, vil dei sannsynlegvis i større grad ha mogelegheit til å kunne ta vare på og fremje eiga helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 98).

6.2 Metodediskusjon

I det følgjande delkapittelet vil studien sine metodologiske og metodiske styrker og avgrensingar peikast på. Vidare vil det reflekterast over korleis dette har verka inn på forskingsresultata.

6.2.1 Studien sine styrker og svakheiter

Funna i denne studien gjev ikkje eit statistisk generaliserande kunnskapsbilete basert på statistisk generalisering og eit representativt utval om kva erfaringar helsepersonell i Noreg har i møte med personar med vaksineskepsis og kva dei meiner er den beste måten å møte personar med slik skepsis på. Likevel kan denne studien bidra med nyttig kunnskap og utvida innsikt og forståing om korleis eit utval av helsepersonell i fokusgruppeintervju gjev døme på møte med personar som er skeptiske og reflekterer over si eiga rolle og eigne erfaringar i arbeidet med vaksiner.

Det er mogleg at intervju med fleire deltakarar ville ført til endå rikare datamateriale om temaet. Det var likevel eit rikt nok datamateriale å arbeide med basert på hensikta med studien og for å kunne svare på problemstillingane. I utgangspunktet var målet å få 5-6 deltakarar per fokusgruppeintervju. Til saman vart det 11 informantar, fordelt på to fokusgruppeintervju og eitt supplerande intervju. Dette var eit tal eg var tilfreds med gitt eit vanskeleg tidsrom å rekruttere i. Det kan tenkjast at det hadde vore ein fordel for gruppedynamikken å fordele 11 informantar på to fokusgruppeintervju, i staden for eit supplerande intervju i tillegg. Det eine gruppeintervjuet hadde fire deltakarar. Mini-fokusgruppeintervju er omtala i litteraturen (Malterud, 2012b), og med gode erfaringar knytt til diskusjon mellom deltakarane. Likevel er det ikkje rekna som ideelt tal på deltakarar i slike intervju. Det supplerande intervjuet førte til relevant datamateriale, men med tanke på samspelet kunne det gjerne vore ein fordel med litt fleire deltakarar. Uansett var det positivt at det vart to og ikkje ein deltakar, for deltakarane følgde opp med assosiasjonar og døme knytt til kvarandre sine erfaringar.

Gruppene var homogene då dei var tilhøyrande same arbeidsstad, noko som kan gjere til at intervjuet fører til meir nøyaktig forståing av kva gruppa som heilskap tenkjer om vaksineskepsis (Nielsen et al., 2021, s. 150). Ei ulempe kan derimot vere at deltakarane vert så einige at det vert lite diskusjon. I desse intervjuar kom det fram gode diskusjonar og nyanserte erfaringar, men det er mogleg det hadde sett annleis ut om deltakarane hadde vore ukjende for kvarandre. Aldersspennet strekte seg frå 28 til 70 år, frå helsesjukepleiestudent til

helsesjukepleiar og lege med lang fartstid i yrket. Det ser eg på som ei styrke, då det kunne bidra til ulike perspektiv. Det var og ei overvekt av kvinner blant deltakarane, som det jo er generelt i helsesjukepleieyrket. Funna kunne gjerne sett annleis ut om det var fleire menn blant dei. Enkelte deltakarar prata meir enn andre. Det treng ikkje nødvendigvis vere noko negativt, men det kan jo føre til at andre deltakarar ikkje får sagt det dei vil seie. I denne samanheng kunne eg nok som moderator styrt samtalen meir, slik at alle deltakarane i enda større grad fekk uttrykt sine opplevingar og haldningar, eksempelvis ved å spørje: “har andre også opplevd det?” eller “Eg kan sjå at du nikkar, har du opplevd noko liknande?” (Nielsen et al., 2021, s. 152). Det er ein balansegang, for på same tid ville eg ikkje som moderator leggje for mange føringar i samtalen. Eg opplevde at alle deltakarane fekk rom for å snakke, og nokon får gjerne fram budskapet sin med færre ord enn andre. Det som vart sagt under intervjuet kan og vore prega av kva deltakarane tenkte at var idealet, for å opptre mest mogleg sosialt akseptabelt. Engasjement, alvor i oppgåvene deira i vaksinesamanheng og høg grad av refleksjon tyder likevel på at det dei fortalde var autentisk.

Det var ei styrke for studien at eg fekk gjennomføre fysiske intervju, då digitale gjerne kan by på ulike tekniske utfordringar. Det faktum at ein av mine rettleiarar var med som sekretær i første intervju, var med på å gjere meg tryggare i moderator-rolla. Dette var nyttig då intervju 2 vart gjennomført med sekretær på telefon og ikkje fysisk til stades, og intervju 3 vart gjennomført aleine. Intervjuguiden vart ikkje endra frå intervju til intervju, men ved intervju 2 og 3 vart det stilt spørsmål om media si rolle på bakgrunn av at det kom fram som eit tema i intervju 1. Ein utfordring var at det gjekk mykje tid på rekrutteringsprosessen, med avslag frå kommunar på grunn av koronasituasjonen, ressursmangel og andre pågåande prosjekt. Dette har igjen resultert i mindre tid til skriveprosessen og det å arbeide med datamaterialet.

Det kan oppstå utfordringar med å transkribere intervju fordi det kan vere overlappende tale, eller vanskeleg å skilje dei forskjellige stemmene frå kvarandre (Nielsen et al., 2021, s. 150). I dette tilfellet var det ein fordel at fleire av deltakarane hadde noko variasjonar i dialekt, som gjorde det enklare å skilje stemmene under transkribering. Pausar i samtalen og “ehm”-ar vart fjerna under transkribering og kroppsspråk, gestikulasjonar og tonefall vart ikkje notert ned, noko som kan vere ei svakheit. Observasjonar på ikkje-verbale uttrykk er nemleg ein viktig del av empirien og bør difor og vere ein del av opplysingane og den påfølgjande analysen (Nielsen et al., 2021, s. 148). Mot slutten av intervjuet summerte sekretæren opp, og

deltakarane fekk moglegheit til å kommentere. Dette vart ei forsikring om at vi hadde forstått kvarandre rett.

6.2.2 Eigne refleksive prosessar undervegs

Refleksivitet er ei aktiv haldning og ein posisjon som eg i rolla som forskar både må oppsøkje og vedlikehalde (Malterud, 2017, s. 19). Sjølv om eg i samband med dette masterprosjektet har rolle som forskar, er eg framleis sjukepleiar, og no også helsesjukepleiar. Dette er rollar det er vanskeleg å setje heilt til side under arbeidet som forskar. Som nemnd under metodekapittelet, er vi, som hermeneutikken seier, aldri utan forutsetningar, og har alltid allereie ei forståing frå før av (Thornquist, 2018, s. 171). Førforståinga mi har prega både val av tema, problemstillingar og spørsmål som vart stilte. Førforståinga har også farga forventingane mine til studien, og perspektivet som har vorte med inn i analyseprosessen. Likevel har eg forsøkt å stille meg så open og undrande som mogleg, både i arbeidet med å utarbeide intervjuguiden, som moderator i intervjusituasjonen og under analysing av datamaterialet. Gjennom studieåret har synet og refleksjonen nok forandra seg og vorte farga etter kvart som eg fekk meir innsikt i og kunnskap rundt rolla som helsesjukepleiarar har. Eg såg temaet meir i samanheng med praksis, og tematikken vart og diskutert undervegs med medstudentar, lærarar og rettleiarar i praksisstudiar ved helsesjukepleiestudiet.

I løpet av året har eg vakse meir inn i rolla som helsesjukepleiar, parallelt med at oppgåva tok form. Sjølv om fokuset på korleis spesifikt møte personar med vaksineskepsis ikkje er lagt vekt på i helsesjukepleiestudiet, var erfaringa mi at det var lagt ei bestyrka vekt på kommunikasjonskompetanse i studiet. Analyseprosessen vart gjerne farga av dette. Interesse for tematikken vaksineskepsis starta før eg tok til på vidareutdanning som helsesjukepleiar, men min bakgrunn som sjukepleiar har påverka interessa. Refleksivitet inkluderer at betydinga av vår eigen ståstad i forskingsprosessen vert erkjent og tenkt etter (Malterud, 2017, s. 21). Intervjuguiden hadde gjerne sett annleis ut om eg allereie hadde jobba som helsesjukepleiar, og personleg hadde hatt fleire erfaringar med tematikken.

6.2.3 Pålitelegheit

Det å vere påliteleg handlar mellom anna om i kva grad eg som forskar har gjort arbeidsprosessen min synleg for lesaren (Nielsen et al., 2021, s. 283). Under arbeid med andre si forskning er det viktig alltid å vise til kjeldene som vert brukt (Dalland, 2017, s. 167). Eg har nytta referansestilen APA-7-th for å referere til kjelder, og streva etter å referere til primærkjelder der det har vore mogleg. Hensikta med dette er å referere til kjelder slik at

lesaren skal få moglegheit til å finne dei same kjeldene (Dalland, 2017, s. 164). Dette er ei oppgåve med kvalitativ metode. Ut i frå dette er ikkje målet at den andre forskaren skal kunne kome fram til det same resultatet, men dei skal kunne gjere ei liknande undersøking på nytt, dersom det er relevant (Nielsen et al., 2021, s. 283). Arbeidsprosessen og korleis datainnsamlinga i denne oppgåva er gjennomført er beskrive og argumentert for så systematisk det let seg gjere. Dette inkluderer konkret beskriving av framgangsmåte, utarbeiding av intervjuguide og analyseprosessen (Nielsen et al., 2021, s. 283).

6.2.3.1 Systematisk tekstkondensering som analysemetode

Dette var første gong eg skulle gjere ein tverrgående tematisk analyse. Malterud sin systematisk tekstkondensering vart valt som analysemetode på bakgrunn av at den er trinnvis og dermed er eigna for nybegynnarar. Den er dessutan eigna til tematisk innhaldsanalyse av kvalitativt datamateriale, som til dømes frå gruppeintervju. Systematisk tekstkondensering tilbyr ei innføring i korleis analyseprosessen kan gjennomførast på ein systematisk måte (Malterud, 2017, s. 97). Dette gjorde, frå mitt perspektiv som nybegynnar, prosessen med analyse meir overkommeleg og forståeleg. Dei ulike stega vart følgt kontinuerleg. Frå tidlegare hadde eg lite erfaring med å gjennomføre analyse³, inklusiv systematisk tekstkondensering, noko som kan påverke kvaliteten på analysen. Nokre av omgrepa som vart nytta i systematisk tekstkondensering vart av meg som brukar oppfatta som tunge, og eg måtte lese gjennom dei ulike trinna i analysen grundig fleire gongar. Det kan tenkjast at det hadde vore forenkla om det vart kalla for hovudtema og subtema, framfor tema, kode, kodegruppe, resultatkategori og subgruppe.

Lyddoptaka var høyrte gjennom fleire gongar og transkriptet var lest gjennom fleire gongar, noko som gjorde til at eg vart godt kjent med datamaterialet. Basert på dette vil eg seie at resultatkategoriene og subgruppene var dekkande i høve til problemstillingane, gitt ei systematisk veksling mellom del- og heilskapsforståing, dekontekstualisering og rekontekstualisering som analyseprosessen inkluderte. Men, det er likevel ein sjanse for at andre liknande overskrifter kunne ha vore valt. Ein styrke er og at ulike trinn i analysen vart diskutert saman med rettleiarane mine. Ingen av rettleiarane mine hadde erfaring med fagfeltet, men dei kunne sjå på det med eit ope sinn. Det var ei overrasking kor tidkrevjande analyseprosessen var; ein kontinuerleg prosess som det var vanskeleg å seie seg nøgd med og

³ I fordjupingssemnet i kvalitative forskingsmetodar og tradisjonar (Masterprogram i helse og samfunn) hadde vi ei analyseoppgåve, der utdelte tekstar vart analyserte vha. systematisk tekstkondensering.

avslutte. Noko som overraska meg undervegs i intervjuet var kor ulike rollar media kunne ha med omsyn til å breie ut informasjon. På den eine sida vart det nemnd at eksempelet si makt var veldig sterk i media, og at det kunne vere ei viktig årsak til å spreie frykt. På den andre sida kom fram at media kunne vere ein ressurs dersom helsepersonellet tok styringa, for det var ein god måte å nå ut til folket med informasjon. Dette illustrerte kompleksiteten ved fenomenet bruk av media for å spreie informasjon, og at det er ikkje eit svar som er riktig eller galt. Dette var noko eg måtte gå fleire rundar med - med omsyn til sannsynleggjort tolking i analyseprosessen.

6.2.4 Overføringsverdi

Spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskingsprosessen kan opne opp for viktige ettertankar angåande gyldigheit (Malterud, 2017, s. 192). I dette tilfellet gjeld kunnskapen helsepersonell som møter personar med vaksineskepsis. I all forskning bør det stillast spørsmål ved om metoden som er brukt representerer ein logisk veg til kunnskapen som set lys på problemstillinga (Malterud, 2017, s. 192). Det at eg valde å intervjuet ei gruppe informantar som var helsepersonell med erfaring med vaksinearbeid har vorte argumentert for. Kunnskapsbidraget denne studien fører med seg er først og fremst relevant for helsepersonell som arbeider med vaksiner i Noreg, der vaksinedekkinga er høg, men kor ein likevel møter menneske i slike situasjonar. Overføringsverdien til andre områder i helsevesenet kan likevel argumenterast for i tydinga pragmatisk validitet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 285), at kunnskapen sin relevans må prøvast ut i nye og liknande situasjonar. Som det vart nemnd i eitt av intervjuet arbeider ikkje helsepersonellet særleg annleis i møte med personar med vaksineskepsis enn dei gjer når det gjeld andre potensielt betente tema. Dette kan eksempelvis gjelde samtalar om livsstil og kosthald, som gjerne også kan vere områder der helsepersonellet skal vege sine ord. Det kan vere fort å trå feil, og då kan det gå utover tilliten til helsetenestene. Det med og halde oppe respekten for den enkelte, styrke evna deira til å ta eit informert val og vere fagleg oppdatert var viktige faktorar som kan overførast, og det ser ut til å vere verdiar som låg i ryggmargen til helsepersonellet.

7.0 Konklusjon og implikasjon for praksis

Å byggje eit godt omdøme stod fram som vesentleg i møte med vaksineskepsis i denne studien, både i møte med enkeltindivid og i meir overordna kommunikasjonsarbeid i media. Dette er alltid viktig, men kanskje særst viktig å ha i botn i møte med personar som av ymse grunnar er skeptiske. Tett knytt til omdømebygging var å halde seg til ei kvar tid oppdaterte på gjeldande kunnskap, slik at dei kunne møte personar med vaksineskepsis med fagleg grunna informasjon. Å formidle dette tydeleg, men respektfullt låg dei på hjartet. Dette peika fram mot å ta vare på og byggje relasjonen mellom dei sjølve som gjevarar av helsetenester og den som søker deira tenester. Det var altså heilt sentralt å ta vare på respekten og tilliten. Helsepersonellet gav uttrykk for at det å ta vare på relasjonen er ei bærebjelke i arbeidet deira, noko som gjekk igjen i alle fagområde og problemstillingar. Kva form for informasjon som helsepersonell bør kome med og korleis er avhengig av kvar mottakar står, og er difor nødvendig å tilpasse. Målet med informasjonen er at mottakar skal tileignast helsekompetanse og vere i stand til å ta eit informert og gjennomtenkt val. Dette stiller krav til at helsepersonell ikkje berre har oppdatert kunnskap, men og tillit til eige helsesystem og ikkje minst respekten for personen sin rett til å ta det endelege valet.

Litteraturliste

- Anvik, C. H., Bliksvær, T. & Olesen, E. S. B. (2021). "Gruppen mener"? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(1), 21-34. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-03>
- Bjorvant, B. & Løøv, M. (2020). Vaksinemotstand. I *Store medisinske leksikon* (18. november 2020). <https://sml.snl.no/vaksinemotstand>
- Bjorvatn, B. (2015). *Vaksiner - en forbannet velsignelse*. Portal forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- DiRusso, C. & Stansberry, K. (2022). Unvaxxed: A Cultural Study of the Online Anti-Vaccination Movement. *Qual Health Res*, 32(2), 317-329. <https://doi.org/10.1177/10497323211056050>
- Feiring, B., Haugen, I. L., Stålcrautz, J., Bergsaker, M. A. R. & Mamelund, S.-E. (2011). *Barnevaksinasjonsprogrammet: Erfaringer og praksis blant helsepersonell* (978-82-8082-448-6). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20113-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2021a, 1. september 2021). *Verktøykasse for et likeverdig vaksinasjonstilbud*. Folkehelseinstituttet. Henta 3. januar fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/verktoykasse/%20?term=informasjon%20&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Høy oppslutning om vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet*. Folkehelseinstituttet. Henta 23. april fra <https://www.fhi.no/nyheter/2022/hoy-oppslutning-om-vaksiner-i-barnevaksinasjonsprogrammet/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen*. (978-82-8406-244-0). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse rapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. (2009). *Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram* (FOR-2009-10-02-1229). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-10-02-1229?q=vaksine>
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023* (I-1192 B). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/714aa1437e2545f7bb4914a3474cd691/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023* (I-1188 B). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars 2017). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet. Henta 6. juni frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#referere>
- Helsedirektoratet. (2021, 16. februar 2021). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet. Henta 30. april frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Kerrigan, A. R., Aitnouri, I., Mar, J. & Altman, W. (2020). What Barriers Exist in the Minds of Vaccine-Hesitant Parents, and How Can We Address Them? *Fam Med*, 52(9), 626-630. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2020.432940>
- Kickbusch, I., World Health, O., Pelikan, J. M. & Apfel, F. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. Europe: World Health Organization.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kärki, K. (2021). Listening to vaccine refusers. *Med Health Care Philos*, 25(1), 3-9. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10055-y>
- Lockyer, B., Islam, S., Rahman, A., Dickerson, J., Pickett, K., Sheldon, T., Wright, J., McEachan, R. & Sheard, L. (2021). Understanding COVID-19 misinformation and vaccine hesitancy in context: Findings from a qualitative study involving citizens in Bradford, UK. *Health Expect*, 24(4), 1158-1167. <https://doi.org/10.1111/hex.13240>
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- NHI. (2019, 13. mars 2019). *Stor studie fastslår at det er ingen sammenheng mellom MMR-vaksine og autisme*. Norsk Helseinformatikk. Henta 1. juni frå <https://nhi.no/forskning-og-intervju/stor-studie-fastslar-at-det-er-ingen-sammenheng-mellom-mmr-vaksine-og-autisme/>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien - del 2 - Rapport fra Koronakommisjonen*. Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
- NSD. *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. Norsk senter for forskningsdata. Henta 6. oktober frå <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- Olson, O. O., Berry, C. C. & Kumar, N. N. (2020). Addressing Parental Vaccine Hesitancy towards Childhood Vaccines in the United States: A Systematic Literature Review of Communication Interventions and Strategies. *Vaccines (Basel)*, 8(4), 590. <https://doi.org/10.3390/vaccines8040590>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peretti-Watel, P., Ward, J. K., Vergelys, C., Bocquier, A., Raude, J. & Verger, P. (2019). 'I Think I Made The Right Decision ... I Hope I'm Not Wrong'. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. *Social Health Illn*, 41(6), 1192-1206. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12902>
- Steen, M., Degré, M. & Maizels, D. (2020). *Mikrober, helse og sykdom* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Steens, A., Stefanoff, P., Daae, A., Vestrheim, D. F. & Riise Bergsaker, M. A. (2020). High overall confidence in childhood vaccination in Norway, slightly lower among the unemployed and those with a lower level of education. *Vaccine*, 38(29), 4536-4541. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.011>
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2011). EPICURE – Et dialogisk redskab til evaluering af kvalitativ forskning. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(1), 33-56. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-01-05>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

- Tomljenovic, H., Bubic, A. & Erceg, N. (2020). It just doesn't feel right - the relevance of emotions and intuition for parental vaccine conspiracy beliefs and vaccination uptake. *Psychol Health*, 35(5), 538-554. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1673894>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- UNICEF. (2021, 30. april). *Lav vaksineskepsis blant nordmenn*. UNICEF. <https://www.unicef.no/nyheter/helse-miljo-og-ernaering/lav-vaksineskepsis-blant-nordmenn>
- Universitetet i Bergen. (11. februar 2019). *Medisinsk- og helsefaglig forskning*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/personvern/123937/medisinsk-og-helsefaglig-forskning#innholdet-i-den-forskningsetiske-vurderingen>
- WHO. (2019). *Ten threats to global health in 2019*. World Health Organization. Henta 18. mars frå <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Wilson, S. L. & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Glob Health*, 5(10). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>

VEDLEGG

Vedlegg I: NSD Prosjektnummer og statusrapport

Vedlegg II: Ny sluttdato for behandling av personopplysingar

Vedlegg III: Informasjonsskriv til tilsette i helsesektoren i kommunen

Vedlegg IV: Samtykkeskjema til utvalet

Vedlegg V: Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Vedlegg VI: Kode, subgruppe, meningsberande einingar, kunstig sitat og gullsitat

Vedlegg I

Prosjekttittel

Helsepersonell sine erfaringar med vaksineskepsis/motstand

Referanse

495323

Status

Vurdert

09.08.2021 14:32

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD.

Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.08.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tek kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore A. K. Fjeldsbø

Vedlegg II

Referansenummer

495323

Prosjekttittel

Helsepersonell sine erfaringar med vaksineskepsis/motstand

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det medisinske fakultet / Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig

Målfrid Råheim

Student

Isabell Holen Rømo

Prosjektperiode

01.08.2021 - 30.06.2022

MELDESKJEMA

Dato

09.06.2022

Type

Standard

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato. Vi har nå registrert 30.06.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. Vi vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg III

Vil du delta i forskingsprosjektet Helsepersonell sine erfaringar i møte med vaksineskepsis/motstand?

FØREMÅLET MED PROSJEKTET OG KVIFOR DU VERT SPURT

Dette er ein førespurnad til deg om å delta i eit forskingsprosjekt der føremålet er å få kunnskap om helsepersonell sine erfaringar i å møte personar med vaksineskepsis/motstand, og kva som er den mest optimale måten å møte desse personane på.

Vaksinemotstand vert, av Verdas helseorganisasjon, definert som ein global helsetrussel. Med dagens pågåande Covid-19-pandemi er det mange som ytrar sine meiningar om vaksine, og det kan vere vanskeleg å sortere all informasjon. Vaksinasjon i Noreg er frivillig, og helsepersonell har ei sentral rolle ved formidling av informasjon slik at ein kvar kan ta kunnskapsbaserte val.

På bakgrunn av dette er det hensiktsmessig å spørje deg som helsepersonell med erfaring med vaksinasjonsarbeid om å delta i prosjektet. I dette skrivet er det informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil innebere for deg.

KVA INNEBER PROSJEKTET FOR DEG?

Du vil vere del av eit utval på ti til tolv helsepersonell med erfaring frå å gje vaksine, som skal delta i eit gruppeintervju som vil gjennomførast ved Alrek helseklynge, eller ved ein helsestasjon/fastlegekontor, dersom situasjonen med koronaviruset tillater det. Alternativet er å gjennomføre fokusgruppeintervjuet digitalt. Deltakarane vert fordelt på to intervju, med 5 til 6 deltakarar i kvar gruppe og kvar deltakar er med i berre eit intervju. Eit fokusgruppeintervju varer frå ein til halvannan time. Det vil verte tatt lydopptak av intervjuet. Lyddata og transkripsjonar av intervjuet vil lagrast på ein sikker måte, mot innsyn, og behandlast som personinformasjon. I prosjektet vil vi registrere bakgrunnsinformasjon som alder, kjønn, utdanning, type stilling og arbeidserfaring. Desse data vil berre vere bakgrunnsinformasjon for prosjektet. Dine svar vil ikkje verte kopla til identifiserbare opplysingar om den når forskinga presenterast eller publiserast.

FRIVILLIG DELTAKING OG MOGLEGHEIT FOR Å TREKKJE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Du kan når som helst og utan å oppgje nokon grunn trekkje samtykke ditt. Det vil ikkje ha nokre negative konsekvensar for deg. Dersom du trekkjer tilbake samtykket, vil det ikkje forskast vidare på dine opplysingar. Det vil seie at erfaringar og informasjon du gjev i gruppeintervjuet ikkje vil siterast i forskingsrapporten. Du kan krevje innsyn i opplysingane som er lagra om deg, og opplysingane vil då utleverast innan 30 dagar. Tilgangen til å krevje destruksjon, sletting eller utlevering gjeld ikkje dersom materialet eller opplysingane er anonymisert eller publisert. Denne tilgangen kan også avgrensast dersom opplysingane er inngått i utførte analysar, eller dersom materialet er omarbeida. Dersom du seinare ønsker å trekkje deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleiar (sjå kontaktinformasjon på siste side).

KVA SKJER MED OPPLYSINGANE OM DEG?

Opplysingane som registrerast om deg skal berre nyttast slik som beskrive under føremålet med prosjektet. Opplysingane vert behandla konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Alle opplysingane vert aidentifisert, det vil seie behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte attkjennande opplysingar (=koda opplysingar). Ein kode knyt deg til dine opplysingar gjennom ei namnliste. Det er berre prosjektleiar som har tilgang til denne lista. Lydopptaka vert spelt inn på lydopptakar og transkribert. Både lydopptak og intervju-transkripsjonar vert lagra på SAFE server ved Universitetet i Bergen. Det er berre underteikna og to rettleiarar som har tilgang til innsamla datamateriale for analyse.

Eventuelle utvidingar i bruk og oppbevaringstid av opplysingane kan berre skje etter godkjenning frå REK og andre relevante myndigheiter. Du har rett til innsyn i kva opplysingar som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i dei opplysingane som er registrerte. Du har også rett til å få innsyn i sikkerheitstiltaka ved behandling av opplysingane. Du kan klage på behandlinga av dine opplysingar til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombod, sjå kontaktopplysingar lenger nede i skrivet. Opplysingane om deg vil oppbevarast i fem år etter prosjektslutt av kontrollomsyn.

GODKJENNINGAR

System for risiko og etterleving i forskingsprosjekt, RETTE, og NSD, Norsk senter for forskingsdata, har gjort ei vurdering og gitt tillating for gjennomføring av prosjektet.

Universitetet i Bergen ved prosjektleiar, dvs. hovudrettleiar, er ansvarleg for personvernet i prosjektet.

KONTAKTOPPLYSINGAR – KVAR KAN EG FINNE UT MEIR?

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønskjer å trekkje deg frå deltaking, kan du kontakte:

- Isabell Rømo på tlf: 90*****, eller e-post: Isabell.Romo@student.uib.no
- Universitetet i Bergen ved Målfrid Råheim på tlf: 55*****, eller e-post: Malfrid.Raheim@uib.no
- Personvernombod ved Universitetet i Bergen e-post: personvernombud@uib.no

Med venleg helsing

Isabell Rømo

Vedlegg IV

SAMTYKKEERKLÆRING

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Helsepersonell sine erfaringar i møte med vaksineskepsis/motstand*, og fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju

Eg samtykker til at mine opplysingar vert behandla slik det er beskrive fram til prosjektet er avslutta.

Stad og dato Deltakar sin signatur

Deltakar sitt namn med trykte bokstavar

Vedlegg V

Intervjuguide

Dette er eit forskingsprosjekt om helsepersonell sine erfaringar i å møte personar med vaksineskepsis/motstand. Dette gjennomførast med to fokusgruppeintervju og varer frå ein til halvannan time. Det vil verte tatt lydopptak av intervjuet, lydopptaket vert transkribert av meg i etterkant. Både lydopptak og transkripsjon skal lagrast mot innsyn på ein sikker måte, og behandlast som personinformasjon. Eg minner og på at det er frivillig å delta i prosjektet. I den samanheng vil eg gjerne ha frå dykk den samtykke-erklæringa som følgde med informasjonsskrivet, eller at de skriv under her og no.

Vi vil oppmode dykk til å dele erfaringar og gjerne beskrive konkrete situasjonar som illustrerer møte med vaksineskepsis/motstand. Å møtast i gruppa her gjev og moglegheit for å diskutere erfaringar med kvarandre, noko vi gjerne ønskjer at de skal gjere.

Problemstilling:

Kva erfaringar har de som helsepersonell i møte med personar med vaksineskepsis/motstand, og kva meiner de er den mest optimale måten å møte desse personane på?

Presentasjonsrunde:

Namn? (skriv namnet på namnelapp og sett på border)

Alder:

Kva utdanning har du?

Kva arbeidserfaring/noverande arbeidsstad?

Hovudtematikkar med opne spørsmål

1. Tidlegare erfaringar med vaksineskepsis/motstand
 - Kva erfaringar har de som helsepersonell i møte med personar som er skeptiske til vaksiner?
2. Konstruktive møter med vaksineskepsis/motstand
 - Kva er konstruktive måtar å møte personar som er skeptiske til vaksiner, ut i frå erfaringar i rolla som helsepersonell?
3. Informasjon og kunnskap om vaksineskepsis/motstand

- Kva informasjon meiner helsepersonell er den viktigaste å bidra med i møte med vaksineskepsis?
 - Kva kunnskap meiner helsepersonell dei treng for å vere best mogleg rusta til å møte vaksineskepsis på ein konstruktiv måte?
4. Covid-19-pandemien og vaksineskepsis/motstand
- I forhold til Covid-19-pandemien, har dykk opplevd noko endring i korleis folk flest forhold seg til vaksiner?
 - Opplever dykk å få fleire spørsmål kring vaksiner, verknader og biverknader?
5. Noko meir du/de vil leggje til?

Utdjupande spørsmål under dei ulike tema:

- Kan du seie litt meir om det de er inne på her?
- Kan du gje eit døme på ein situasjon der du erfarte dette?
- Er det nokon av dykk som har andre erfaringar med dette?
- Eg ser fleire av dykk nikkar, vil de føye til noko?
- Mv.

Avrunding

Co-moderator oppsummerer gjerne og moderator sørgjer for at deltakarane får moglegheit til å bekrefte/avkrefte om dei kjenner seg igjen, og evt. korrigere, utdjupe og nyansere utsegn.

Vedlegg VI

Kode: Skepsis av ulikt opphav	
Subgruppe: Kultur og ideologi	
Meiningsberande einingar: <p>«...Og så er det selvfølgelig likt med oss, som hos andre, at vi erfarer at Aust-Europearar har dårlegare etterlevelse av vaksining, spesielt covid. Det ligg nok i kulturen i Aust-Europeiske land, tenkjer vi, som har lite tiltru til myndigheiter. Og det gjelder dei baltiske landa, og det gjeld Polen spesielt»</p> <p>«Men vi har ein trend som gjer at, det er eit eller anna med kultur, eller det er noko med skepsis, og det er jo nokre familiar som går igjen då, som er tilbakeholdne og vil ikkje la barna få dette. Men det er få av dei»</p> <p>«Eg synest Somalia, og så nokon Aust-Europeiske, er det litt fleire av, enn på ein måte, dei vanlege etniske norske. Der er det meir av, kanskje meir sånn ideologisk, eller går det an å seie da? At du har interesse, ja, i det meir alternative, eller naturlege...»</p> <p>«Og det ser vi jo att litt i barnevaksinasjonsprogrammet og, at dei som gjerne takkar nei, kjem frå dei landa»</p> <p>«Så, eg opplevde jo også blant sånne innvandrarakar, i forhold til, ja mødre, prøvde liksom om dei har vaksinert seg sant, og at då dei ikkje torer å ta den for dei er redde for å bli sjuke. Og då kan dei ikkje ta vare på ungane sine, sant, dei kan ikkje bli sjuke, for dei må vere friske, sant, for ungane. Og då, eg tenke da litt sånn informasjon ikkje dei alltid får med seg på grunn av språkproblem, at dei på nyhetene blir jo ofte negative ting, alt går gale, sant...»</p> <p>«Og så, dei som er litt sånn skeptiske, til dei då, staten og myndigheitene, og alt som har med det å gjere...»</p> <p>«...dei som tenkjer litt alternativt, at dei ser vi jo her og. Både i kombinasjon med andre kulturar men og etnisk norske, holdt eg på å seie, som er i alternative tankebaner...»</p> <p>«...men det er når dei har kanskje meir litt sånn, ja, eg blir nervøs berre eg seier det, økologisk tilnerming...»</p> <p>«Ja, meir naturleg tilnerming. Og har henta informasjon frå andre kjelder enn eg gjer, ja»</p> <p>«...Då tenkje eg ikkje berre på vaksine, eller dei tenkje jo på vaksine, men det den inneheld av tilsetningsstoff og litt sånn, skumle stoff då, som dei gjerne definerer det som...»</p> <p>«Det er litt sånn frå Polen då, men der er veldig variasjon. Det, kan ikkje seie det spesielt der, men det som</p>	Kunstig sitat: <p>Eg er redd for å setje merkelapp, men eg erfarer at dei Aust-Europearar eg har møtt i jobben har dårleg etterlevelse av vaksining, spesielt covid. Det ligg kanskje i kulturen i Aust-Europeiske land? Lite tiltru til myndigheiter. Det er kanskje og litt fleire som er skeptiske frå Somalia. Eg har møtt mødre som er innvandrarakar som er redde for å bli sjuke, for då kan dei ikkje ta vare på ungane sine. Dei som tenkjer alternativt ser eg både frå andre kulturar, men og etnisk norske. Dei har ei meir ideologisk grunna mostand, som til dømes vegetarianisme med ei «la naturen ordne opp» -tilnærming, det skal ikkje vere industri- produsert. Har gjerne henta informasjon frå andre kjelder enn eg gjer. Då tenkjer dei på det vaksinen inneheld av tilsetningsstoff skumle stoff. Det</p>

<p>ofte er ein kombinasjon av det, og så litt sånn alternativ, vegetarianer og litt sånn, ja, sånn miljø. Dyrker, lager alt sjølv og litt sånn»</p> <p>«Økologisk, naturleg»</p> <p>«Redd for å lage merkelapp»</p> <p>«Ja, for eg tenkje, ikkje nødvendigvis med vegetarianisme, men, det der skal vere naturleg, skal ikkje vere tilsetningsstoff, skal ikkje vere industriprodusert, og det skal vere heilt frå naturen, på ein måte»</p> <p>«...der mor si overbevisning om at det skulle vere naturleg, og ikkje tilføre kroppen noko som ikkje var ikkje naturleg. Den skulle bygge sitt eige immunforsvar, var vel noko av det ho sa»</p> <p>«...ja, det var jo og nokon som tenkte at det er betre for immunforsvaret, ja, å gjennomgå den ekte sjukdomen på ein måte, enn ein falsk ein på ein måte»</p> <p>«Opplevde nokon som ikkje ville gje på grunn av litt sånn religiøs overtyding på ein måte, at dei, eg veit ikkje om det var berre det, kanskje det var litt livsstil og då, at dei ikkje ville tilføre kroppen noko som ikkje er naturleg då, redd for stoffet i vaksinen på ein måte»</p> <p>«...ein viss type kristent samfunn på ein måte, som det budde mange av den retningen akkurat der, og der var det litt sånn enten veldig positiv til vaksine eller veldig negative (...) Så det var ikkje noko i den religionen som tilsa det, men dei var veldig opptatt av å ta vare på kroppen, då»</p> <p>«Dei lese seg opp på det at det er ein bitteliten del aluminium i vaksinene...»</p> <p>«Nokon (...) ville ikkje ha MMR på grunn av (...) at det var dyrka fram på (...) kyllingfoster. (...) og så ville dei ikkje ha det då, fordi at dei er veganarar»</p> <p>«Og spesielt kanskje gutar, fordi dei tenkje at dei treng ikkje det. Eller foreldre som kanskje er litt konservative i forhold til sex, som tenke at ungane sine ikkje treng HPV-vaksinen»</p> <p>«Min erfaring er frå då dei for eksempel innførte HPV for første gong, det er kanskje litt livssynsorientert, når HPV-en kom, sant, for den blir du jo på ein måte smitta av ved å ha samleie, så nokon synest at det var heilt skrekkeleg i (...) 7 då som dei går, desse jentene som ein begynte med, at du liksom oppfordre til samleie...»</p>	<p>kan og vere forskjell på enkelte vaksiner, slik som med HPV-vaksinen som vert gitt i 7. Klasse, der livssynet tilseier at dei er konservative til sex. At barna blir oppfordra til sex, sidan HPV smittar via samleie. Eg har og erfart at nokon ikkje ville ha MMR-vaksine på grunn av at den er dyrka fram på kyllingfoster, og dei var veganarar, som ikkje et dyr.</p>
<p>Gullstat: «Det er litt sånn frå Polen då, men det er veldig variasjon. Det er ofte ein kombinasjon av litt sånn alternativ, vegetarianer og sånt miljø som dyrker, lager alt sjølv»</p>	

Kode: Det faglege i sentrum**Subgruppe: Oppdatert kunnskap – heilt avgjerande****Meiningsberande einingar:**

«Vi veit jo kor vi i alle fall kan finne informasjonen. Eg trur jo at med ein gong du har med noko sånt å gjere, så oppdaterer du deg, sant. Går inn og les slik at du er trygg i møte med dei som kanskje har spørsmål, sant»

«Ein må ha fakta i orden i alle fall, ein må vere oppdatert sjølv altså. Du kan verte arrestert der altså. Dei har ofte lest ein god del dei som er..»

«Ja, så det er jo, vi har jo alltid god tilgang på informasjon som vi kan stole på»

«Så oppdatert kunnskap må vi ha i alle fall ha»

«Fakta»

«Dette med kunnskap. Dei har ofte veldig mykje, dei har lest der og dei har lest der, og så kanskje når ein kjem med, om vi henvise til Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet, så kan dei verte litt fnyst på ein måte, ja for det er jo myndigheitene på ein måte. At det, staten, vil jo at alle skal vere godt vaksinert og at befolkninga skal ha god dekking, at ein blir litt sånn kritikk mot den kollektive beskyttelsen då.»

«Men når det kjem til informasjon, Folkehelseinstituttet si side, den er jo veldig god og lett å finne fram, sant, det er jo enkelt og kjapt for oss å finne fram og inn i, når du har brukt den ganske masse, då. Sånn som vi gjer, heile tida, at det er oppdatert informasjon, og når du er inni den, om ikkje dagleg, men i alle fall vekentleg, sant»

«Som helsepersonell så har vi ganske stort ansvar når du tiltrer i arbeid som helsesjukepleiar å sørge for at du heile tida har den kunnskapen, då. Men om vi heile tida les og har kunnskapen, det er noko heilt anna. Men vi har eigentleg, altså eg har ikkje lov til å setja meg ned og seie at «det har ingen sagt til meg». Eg har jo plikt til å sørge for, i og med at eg er arbeidstakar, så har eg plikt til å sørge for at eg er stødig på det, så viss eg møte det, og føle at det eg har er for tynt, så må jo eg oppdatere meg og gå inn på folkehelse og, ja.»

«Det er heilt rett, det har vore eit betydeleg informasjonstrykk. Og så har sanninga endra seg fortløpande. Koronaforskrifta, trur eg no har endra ca. 300 etter at den vart etablert, det er ny norsk rekord. Slik at media slit jo med å følgje med i alle svingane, som både innbyggjarar gjer, og ikkje minst vi, gjer. Så, derfor må vi vere gode på å føre media med riktig informasjon til riktig tid.»

«Altså vi må berømme folk for at dei skal vere skeptiske til nye behandlingar, det kan vere seg nye influensavaksiner eller covidvaksiner, det tenkjer eg er veldig flott. Vi blir pressa litt av naturleg og god

Kunstig sitat:

Som helsepersonell har eg eit ganske stort ansvar for å sørge for at eg heile tida har oppdatert kunnskap. Eg har ei plikt til å sørge for at eg er stødig på det. Møter eg vaksineskepsis og føler at kunnskapen eg har er for tynt, då må eg oppdatere meg på Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet sine sider. Eg veit kor eg kan finne informasjonen, og det gjer med tryggare i møte med dei som har spørsmål. Det er enkelt og kjapt å finne fram i, og der er oppdatert informasjon. Eg er innom, om ikkje dagleg, i alle fall kvar veke. Eg kan få varsel på e-post med ny informasjon, lese om intervall og om endringar. FHI svarer også kjapt på mail eller telefon, om eg har spørsmål om intervall eller dose. Eg må ha fakta i orden, for eg kan fort verte arrestert. Mange som er skeptiske har lest ein god del. Med korona har det vore eit betydeleg informasjonstrykk, så sanninga har endra seg løpande. Eg må vere på

skepsis. Og då må vi skjerpe oss til å vere godt oppdatert og kunne svare ut fleire kjelder, og ikkje berre nødvendigvis nasjonale kjelder, då er det jo mykje ein kan hente på WHO osv. for å vise til artiklar osv som kan vere det som skal til for å informere endå betre. Så, men vi må vere oppdatert på kunnskapen, og må på ein måte vere på heile tida. Her endrar kunnskapstilfanget seg dramatisk, nesten dagleg»

«Dette er jo ikkje annleis enn alt det andre vi driver med i helsetenesta. Når eg var fastlege i 39 år, så dreiv eg jo og motiverte og forklarte alle pasientane, så dette er jo på ein måte akkurat det same. Vi må gjere det på ein så god måte, med god relasjonsbygging, omdøme, som gjer, og vi skal vise at vi har fagleheita på plass. Og derfor så må jo helsepersonellet ha så god og oppdatert kunnskap som mogleg. Men, ein arbeider ikkje annleis her enn i andre felt når vi skal få folk til å vise god compliance og ta dei medisinene som er så viktige»

«Ja, eller ja, barnevaksinasjonsprogrammet, og les om intervallar, sant, du får jo og visst du har den med varsel på e-post, at du vil ha ny informasjon som kjem, så får du e-post, sant, om endringar, og vi får jo god informasjon, visst det er noko nytt»

«Så er det veldig kjapt berre å stille eit spørsmål og, sant er det eit spørsmål du ikkje heilt klarer å svare på, så, i forhold til av intervallar eller i forhold til dose, eller»

«FHI svarer oss jo kjapt. På mail eller telefon»

«Det har jo vist seg og, sant, AstraZeneka hadde vi først, men den skal vi ikkje ha for den var farlig faktisk, og den Moderna, den skal ikkje gjevast til den under den og den alderen. Det er jo komplisert. Når det er delt på kjønn og delt på alder, kven som skal ha kva, og nei, ikkje yngre enn ungdom, liksom. Nei, ungdommar skal ikkje ha den, nei, jo, nei, jo, no kan dei når dei er 12 år. Altså at det er så mykje forandring hele tida»

«Ein må heller ha fokus på at ein har så godt system at ein fangar tidleg opp, for det var ikkje mange månader ein brukte AstraZeneka og ein overvåka det så bra at den vart tatt vekk igjen, sant. Og samme med Moderna, at ein overvåka det så bra at ein ser at her må ein leggje inn nokon sårne her «menn under 30», «alle under 18 skal helst, fortrinnsvis, sant, ha Pfizer»

«Ja, for det er jo liksom faktisk eit godt arbeid, då, som er lagt ned, og nokon som har tatt nokre sårne forholdsreglar»

heile tida når kunnskapstilfanget endrar seg så dramatisk, nesten dagleg. Det at folk er skeptiske gjer at eg som helsepersonell må skjerpe meg og vere oppdatert. Eg bør kunne svare ut fleire kjelder, ikkje berre nasjonale, men og artiklar og informasjon frå WHO.

Gullsitat: «Som helsepersonell så har vi ganske stort ansvar når vi tiltrer i arbeidet som helsesjukepleiar, til å sørgje for at vi heile tida har den kunnskapen (oppdatert kunnskap om vaksiner). Men om vi heile tida les og har kunnskapen, det er noko heilt anna. Eg har ikkje lov til å setja meg ned og seie at “det har ingen sagt til meg”. I og med at eg er arbeidstakar, så har eg plikt til å sørgje for at eg er stødig på det, så viss eg møter det, og føler at det eg har er for tynt, så må eg oppdatere meg og gå inn på Folkehelsa (Folkehelseinstituttets sider)»